

Année 1917

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques DEDET

Interne des Hôpitaux

Né à Honoïlon (Nouvelle-Calédonie)

le 4 Mars 1887.

DES INDICATIONS

DE

l'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

DANS LES

SUPPURATIONS PELVIENNES

(PROCÉDÉ DE L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE TOTALISÉE)

Président : F. LEJARS,

Professeur de Pathologie chirurgicale.

PARIS

BREGER & LANG, IMPRIMEUR

75, RUE CHAMPIONNET, 75

1917

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. N.

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS . MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale	{ TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ DEBOVE
Maladie des enfants	{ N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux	{ HUTINEL
Clinique chirurgicale	{ N.
Clinique ophtalmologique	{ De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	{ LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ BAR
Clinique gynécologique	{ COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique thérapeutique	{ POZZI
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	{ KIRMISSON
	{ ALBERT ROBIN
	{ MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
FRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE

MON FRÈRE

Capitaine au 16^e Dragons. Tué glorieusement.

A MA MÈRE

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

Le D^r ROCHARD, dans le service duquel nous avons recueilli tous les éléments de cette thèse.

Le D^r DEMOULIN, qui m'a fait opérer ma première hystérectomie.

Le D^r SOULIGOUX, auquel ma reconnaissance est acquise.

Le D^r MAUCLAIRE.

Le D^r BAZY.

Le D^r MORESTIN.

Le D^r DE MARTEL.

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

Le Professeur Albert ROBIN.

Le D^r BARIÉ.

Le D^r SIREDEY.

Le D^r BELIN.

Le D^r SERGENT.

Le D^r BABONNEIX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR FÉLIX LEJARS

Professeur à la Faculté de Médecine

Externe dans le service du D^r Rochard, à l'Hôpital Saint-Louis, durant l'année 1907-1908, nous avons remarqué dès ce moment combien l'hystérectomie totale était souvent pratiquée au Pavillon Jamain, où se faisaient les opérations gynécologiques du service.

Dès cette époque le D^r Rochard se montrait un partisan convaincu de cette intervention radicale et lui donnait le pas sur l'hystérectomie subtotalaire dans tous les cas où le drainage du petit bassin devait être largement assuré. Durant l'année qui suivit, je vis pratiquer systématiquement l'hystérectomie totale dans les suppurations pelviennes. Le nombre d'hystérectomies totales faites dans le service fut de quatre-vingt, on compta cinq décès. Par la suite le D^r Rochard posa plus exactement les indications de l'hystérectomie totale dans les suppurations pelviennes, et les restreignit au cas où il y avait écoulement de pus dans le petit bassin.

Dans le courant de nos études, nous nous sommes aperçus, combien rarement au contraire, on avait recours dans les autres services de chirurgie, à l'hystérectomie totale dans le traitement des suppurations pelviennes, combien cette opération passait pour meurtrière, et trouvait parmi les chefs de services et leurs internes, peu de partisans convaincus, malgré l'avantage que tout le

monde lui reconnaissait : la possibilité du drainage à la partie déclive.

Revenu dans le service du D^r Rochard en juin 1916, ayant été rappelé par ordre, nous avons pu nous familiariser avec la pratique de cette intervention dont la logique nous séduisait. Devant la qualité des résultats obtenus, étonnés entr'autre par deux guérisons (observations 35 et 36), dans deux cas opérés par notre chef de service, et qui nous paraissaient voués à une mort certaine, sans le secours du drainage vaginal, nous avons eu l'idée de ce travail. Guidé par les conseils de notre excellent Maître, nous décrivons donc un procédé habituel au service qui, tout en permettant le drainage effectif, diminue la gravité de l'acte opératoire : l'hystérectomie totale en deux temps, *hystérectomie subtotale totalisée*. Ce procédé ne nous est pas personnel, il est employé de façon courante dans le service par le D^r Rochard et ses élèves, depuis l'année 1906-1907. Nous nous contentons de l'exposer avec tous ses détails de technique.

Nous devons de pouvoir traiter ce sujet, fort de nombreuses observations et de quelques cas personnels, à la bienveillance du D^r Rochard. A l'excellent Maître, bienveillant et désireux du perfectionnement de ses élèves, je rends un hommage public de respect.

Mon devoir est de dire au début de ce modeste travail, que les événements actuels ne nous ont pas donné le loisir de mettre au point comme nous l'aurions voulu ma reconnaissance au Maître qui, à force de patience, de bonne volonté inlassable, guidant mes mains, corrigeant mes erreurs, a su définir en moi après l'avoir défini

chez tant d'autres, le goût de la chirurgie simple, de la chirurgie utile.

Qu'il me permette d'associer dans un même sentiment de gratitude le D^r A. Demoulin, dans le service duquel je fis ma première hystérectomie. Ce chirurgien fut un Maître toujours indulgent, prodigue envers moi des conseils les plus éclairés, fruits de son expérience et de son érudition. A ma reconnaissance, j'ajoute à cette heure un sentiment ému d'admiration sans borne.

Et cette thèse est à mes éducateurs en chirurgie un gage de respect.

INTRODUCTION

Nous ne referons pas l'historique de l'hystérectomie totale; nous voudrions simplement montrer l'enchaînement des raisonnements qui nous ont amenés, après avoir donné la préférence à l'hystérectomie totale abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes, à pratiquer dans quelques cas l'*hystérectomie totalisée*.

1° Toute collection purulente, quelle qu'elle soit, doit être drainée à la partie déclive dans la mesure du possible. Le D^r Rochard applique ce principe aux collections pelviennes, et, se basant sur une longue expérience en gynécologie, dit : « Toute poche de pus rompue au cours d'une intervention dans le petit bassin nécessite le drainage vaginal » ;

2° Il exclut l'hystérectomie par voie vaginale qui permet ce drainage par en bas, ne se montre partisan que dans des cas où l'on ne peut faire autrement du drainage par le cul-de-sac de Douglas, et arrive à cette conclusion : « Dans les collections pelviennes suppurées, l'hystérectomie par voie abdominale s'impose; elle sera totale pour

permettre le drainage, déclive dans tous les cas où du pus se sera écoulé dans le petit bassin » ;

3° Devant l'existence de cas où cette hystérectomie abdominale totale n'est pas aisée à pratiquer, *impossible* même nous semble-t-il, le D^r Rochard, dès le mois de mars 1908, dans le *Bulletin Général de Thérapeutique*, préconise l'hystérectomie subtotalée totalisée.

Dans cet article du 30 mars 1908, le D^r Rochard donne, de façon succincte, toutes les indications de l'hystérectomie subtotalée totalisée; ce sont ses propres phrases que nous reprendrons en tête de la plupart de nos chapitres.

Au mois de février 1910, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, le D^r L. Chevrier écrivait un article sur l'hystérectomie subtoto-totale ou en deux temps, insistant sur le caractère de simplicité de cette intervention et sur les facilités d'hémostase qu'elle donnait : « C'est par hasard, écrit-il, que j'ai appliqué une première fois cette technique de l'hystérectomie abdominale pure subtoto-totale ou en deux temps (hystérectomie subtotalée suivie d'extirpation secondaire du col) chez une malade qu'en cours d'intervention j'ai cru utile de drainer par le vagin. »

L'affirmation du caractère fortuit de ce procédé prouve que l'auteur n'était pas instruit de l'article que le D^r Rochard avait fait paraître deux ans avant. Il est juste de donner à ce dernier auteur la priorité qui lui est due, priorité que lui-même ne réclame pas de façon absolue, puisqu'il dit fort modestement dans l'article cité : « Il est probable que cette manière de faire a déjà été employée par plusieurs chirurgiens, car c'est là un

procédé de nécessité, et si nous avons parlé de cette subtotale totalisée, c'est qu'il nous semble que dès que l'hystérectomie totale est un peu difficile, il ne faut pas hésiter et la faire en deux fois, en enlevant d'abord le corps utérin et une partie du col et ensuite le moignon cervical qui reste. »

Le procédé que nous allons décrire est donc un *procédé de nécessité* dans son origine et son essence même. Il ne présente d'utilité absolue que dans les cas difficiles; *dans ces cas il s'impose*, il apparaît comme le seul procédé permettant de pratiquer et de terminer d'une façon logique, rationnelle, au mieux des intérêts du patient, une opération laborieuse, délicate; de sortir d'une situation qui, à première vue, peut paraître inextricable. Il nous paraît que ce procédé permet d'opérer, de pratiquer l'opération que la logique impose, dans des cas où sans lui on ne ferait qu'une intervention incomplète.

Dans les cas plus faciles il peut aussi être employé. Il facilite les temps opératoires et permet de rester mieux maître de la situation durant tout le temps de l'intervention. C'est donc aussi, mais en seconde main, un procédé de sécurité.

AVANTAGES DE L'HYSTERECTOMIE TOTALE

Dans sa thèse de Paris 1898, le D^r Marcel Masson (Indications des hystérectomies vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes) conclut que dans les suppurations récentes limitées, la voie vaginale est la meilleure. Mais, écrit déjà cet auteur, même dans les cas où la suppuration est circonscrite, si le chirurgien soupçonne des adhérences trop élevées qui immobilisent tout ou partie des organes à enlever, si le diagnostic est obscur, il vaut mieux intervenir *par la voie sus-pubienne*, et cette thèse s'appuie sur des observations cliniques et opératoires de Richelot, Delagenière, Legueu, Segond, Hartmann, Beaussenat.

En l'état actuel de la chirurgie, les moyens de protection dont dispose le chirurgien autorisent à utiliser la voie abdominale dans n'importe quel cas de suppuration pelvienne. Les indications de l'opération aveugle qu'est l'hystérectomie vaginale se restreignent de plus en plus; cette opération n'a pas sa raison d'être dans les cas que nous envisageons.

Des discussions multiples et des travaux innombrables ont opposé l'hystérectomie totale par voie abdominale à l'hystérectomie subtotale. En 1898, au Congrès de Chirurgie, Legueu propose déjà l'hystérectomie abdominale totale dans les inflammations des annexes.

Dans son article du *Journal des Praticiens* (1906) résumé d'une clinique faite à l'hôpital de la Charité, on lit sous la signature du D^r Jean-Louis Faure : « Je pense donc que nous sommes tous d'accord et que vous admettrez avec moi que le meilleur traitement et le plus efficace des suppurations annexielles est l'hystérectomie abdominale totale » et en fin d'article : « J'espère vous avoir convaincu. Pour moi, je le suis sincèrement, profondément, et si je crois pouvoir vous affirmer que dans les suppurations annexielles, le meilleur procédé est celui que je viens de vous décrire, ce n'est pas par amour-propre d'auteur (il parle de l'hémisection totale) mais parce que l'expérience me l'a démontré. Un avenir prochain se chargera je l'espère de me donner raison. »

En 1908 le D^r Rochard écrit : « Depuis longtemps nous avons l'habitude de pratiquer l'hystérectomie quand nous nous trouvons en présence de lésions bilatérales des annexes; quand celles-ci ne sont pas suppurées, l'hystérectomie subtotale et rapide peut être considérée comme une bonne opération. Mais si on a affaire à des ovaires ou à des trompes suppurés, si même on a le moindre doute sur la virulence des annexes enlevées, il faut pratiquer l'ablation de tout le corps utérin *dans le seul but de faire un bon drainage de la partie déclive*. Dans les cas faciles, quand on a affaire à une femme

maigre, avec des adhérences qui se décollent facilement, quand le Douglas est bien libre, et quand la vessie se relève facilement, rien n'est plus simple que de faire du premier coup une hystérectomie totale en plaçant une bonne pince de chaque côté du col, pince qui saisit le bouquet de l'artère utérine, et celui-ci sectionné permet d'ouvrir latéralement le vagin (Rochard 1908).

« Dans les cas difficiles, s'il faut drainer, si la séreuse est en partie détruite, nous donnons la préférence à *la totale avec drainage vaginal*. » (Gosset, *Journal de chirurgie*, juillet 1909.)

La défense de l'hystérectomie totale est présentée dans la thèse du D^r Parrical de Chamard qui, après avoir démontré que le drainage vaginal était le seul logique, expose les techniques des D^{rs} Routier, Gosset, Lenormant, Lecène (1908).

On trouvera au contraire les avantages de l'hystérectomie subtotala exposés dans la thèse de Mourlhon (Paris 1904). Cependant cet auteur émet déjà l'avis formel que l'hystérectomie subtotala devra céder le pas à la totale, *dans les grandes suppurations pelviennes où le drainage vaginal est indispensable*.

L'hystérectomie subtotala trouve des défenseurs récents dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, de J.-L. Faure et Siredey, les auteurs écrivent : « En premier lieu elle dispense d'ouvrir le vagin, elle met plus sûrement à l'abri des blessures de l'uretère. En outre, la conservation du col utérin respecte les attaches des ligaments utéro-sacrés, le col reste suspendu au centre du bassin, dans sa position normale, et la statique pelvienne

conserve son intégrité. Il en est de même de la statique vésicale. Enfin elle laisse au vagin sa conformation naturelle.

D'autre part, tout aussi bien que l'hystérectomie totale, elle permet, le cas échéant, de pratiquer le drainage vaginal, car rien n'est plus simple que d'inciser sur la ligne médiane la lèvre postérieure du col et *la paroi vaginale* jusqu'au fond du Douglas, et de pratiquer un drainage vaginal *presque aussi parfait* que celui qu'on peut faire après désinsertion complète du col.

Mais la grande supériorité de l'hystérectomie subtotale tient surtout à sa simplicité. Il est beaucoup plus facile, en règle générale, de sectionner le col au niveau de l'isthme utérin, que de désinsérer le vagin. Enfin l'hémostase de la tranche vaginale est plus longue, plus délicate et plus incertaine que l'hémostase des utérines après la subtotale. »

Voilà fait le procès de l'hystérectomie totale. Certains arguments sont de peu de valeur; la statique génitale, la statique vésicale, la meilleure conformation du vagin après la subtotale ont peu d'importance. L'ablation du col donne des avantages aussi minimes qu'en procure son maintien.

Quatre arguments restent qui ont leur valeur :

1° La totale est plus grave parce que l'on ouvre le vagin et qu'il est impossible, soit avant une opération, soit au cours de celle-ci, de stériliser d'une façon parfaite la muqueuse vaginale. L'expérience montre que grâce à une technique minutieuse, le danger d'infection par le vagin devient nul et cet argument perd sa valeur.

Les auteurs eux-mêmes proposent le drainage par le cul-de-sac de Douglas dans quelques cas après hémisection postérieure du col; le font-ils, sans ouvrir le vagin, un vagin qui souvent n'a pas été aseptisé.

2° La totale est plus grave parce qu'elle est moins simple, moins rapide.

3° La totale est plus grave parce qu'elle donne lieu à des hémorragies post-opératoires.

4° La totale est plus grave parce qu'elle expose le chirurgien à blesser plus facilement les uretères.

Pour obvier à ces inconvénients que l'on reproche à l'hystérectomie totale en un temps, telle qu'elle est faite couramment, nous proposons un procédé qui exclut les chances d'infection par le vagin, limite les chances d'hémorragie, de blessure des uretères, et se montre presque aussi facile à appliquer que l'hystérectomie subtotale simple et surtout que l'hystérectomie subtotale avec hémisection secondaire du col pour drainage vaginal. C'est le procédé de l'hystérectomie totale en deux temps, *hystérectomie subtotale totalisée*.

INDICATIONS

DE L'HYSTERECTOMIE TOTALISÉE

« Dans les cas difficiles où les annexes sont remplies de pus et encombrent le petit bassin, où le cul-de-sac postérieur est à peine visible, où la vessie adhère à la paroi vaginale comme cela peut se rencontrer et surtout quand on opère au fond d'un puits comme cela a lieu chez les femmes grasses, il est quelquefois presque impossible de faire *avec sécurité* une hystérectomie totale d'emblée, et c'est dans ce cas que nous conseillons la subtotale totalisée » (Rochard).

Cette proposition élimine les cas faciles, ceux que l'on peut représenter schématiquement, avec des figures bien simples, claires, où tous les organes apparaissent nettement détachés les uns des autres : dessins de poches salpingiennes grosses comme des mandarines, bien isolées, images de pédicules utéro-ovariens minces, non infiltrés, de largeur telle que deux pinces y seraient facilement posées et qu'ils permettraient aisément l'extériorisation hors de l'abdomen des annexes malades; schémas

admirables où les ligaments ronds comme deux jolis cordons, bien distincts du ligament large, de l'utérus, de la vessie, dominant la situation; figures aimables où l'utérus facile toujours à voir, laisse en arrière de lui un cul-de-sac de Douglas net, bien dessiné, empêchant toute adhérence entre le col utérin et le rectum.

Dans ces cas, la chirurgie, avec une technique réglée, ne semble qu'un jeu; il est rare, si l'on a soin de décoller les annexes dans le sens des plans de clivage, que l'on rompe une des poches. L'hystérectomie subtotale est donc l'opération de choix. La totale, dont l'indication est donnée par l'écoulement de pus dans le petit bassin, peut se faire en un temps, sauf chez les femmes grasses ou dans des bassins profonds qui gênent les manœuvres du chirurgien obligé d'opérer à trop grande profondeur.

Les cas difficiles, plus rares, se présentent de la façon suivante : Le ventre ouvert on voit l'intestin et l'épiploon adhérer à la vessie, au fond de l'utérus. Ces adhérences libérées, l'appareil génital apparaît comme un bloc tapi dans le petit bassin en connexion intime avec les parois pelviennes, avec le gros intestin. L'utérus est perdu dans un magma sans forme, les poches annexielles ne semblent plus avoir de parois propres, les plans de clivage deviennent des mythes. Le chirurgien est dans l'impossibilité de faire une hystérectomie totale d'emblée, qui s'impose généralement, car il y a, là ou là, écoulement de pus, d'une façon méthodique réglée *en toute sécurité*. Il lui est toujours possible, en employant tel ou tel procédé, de faire une hystérectomie subtotale. Celle-ci faite il enlève le col, *il totalise la subtotale*, il draine par le vagin.

Tous les chirurgiens ont été en présence de cas semblables, et les plus habiles opérateurs se sont trouvés embarrassés. Le D^r Gosset dit : « Il faut reconnaître que dans certains cas, chez des femmes obèses avec périmétrie intense, *la totale est parfois fort pénible*; c'est dans de tels cas que, par exception, on peut garder le col, mais en faisant l'hémisection postérieure, ce qui permet de drainer également par le vagin ».

Nous pensons qu'il vaut mieux, dans les cas où le fait est possible, procéder à la *totalisation de l'hystérectomie*. Dans les cas où cette ablation seconde du col est impossible, même par morcellement, le drainage par hémisection postérieure l'est aussi, car ce sont toujours les adhérences postérieures du col avec le rectum qui s'opposent à l'exérèse du col.

Telles sont les indications de la totalisation de l'hystérectomie subtotale. En terminant ce chapitre, nous spécifions encore que dans les cas d'abcès collecté proéminent dans le Douglas, la colpotomie ne perd par ses droits et qu'elle est pratiquée dans le service comme opération palliative dans tous les cas où elle est indiquée. Que l'on ne nous accuse pas d'aller ouvrir une telle poche par voie abdominale.

De même ne rentrent pas dans le cadre de l'hystérectomie totale ou totalisée les péritonites diffuses par rupture de *Pyosalpinx*.

Dans ces cas, que le D^r Lamouroux a étudiés dans sa thèse (Paris 1912) nous acceptons les conclusions de l'auteur : « L'opération doit être précoce, pathogénique; elle doit être rapide et devra consister dans l'abla-

tion pure et simple de la trompe perforée, sans hystérectomie. Il faut réaliser, en un mot, l'opération minima.

Dans le cas par nous envisagé, l'inverse se produit; nous réalisons, pour ainsi dire, l'opération maxima, avec le maximum de sécurité.

Nous considérons aussi comme étrangère à notre sujet l'étude de l'intervention par laparatomie simple, colpotonie, hystérectomie, totale ou non, dans les péritonites par infection puerpérale.

FORMES CLINIQUES

On ne peut guère avant l'intervention dire, de façon absolument certaine, si l'on aura ou non à assurer le drainage vaginal. En général cependant, cette éventualité s'imposera dans les formes cliniques qui répondent au tableau suivant :

Une femme d'âge moyen, de vingt à quarante ans, à la suite d'une infection uréthro-vaginale, gonococcique ou autre, à la suite d'un avortement, d'un curettage au cours de ses suites de couche, est prise de violentes douleurs abdominales. La température atteint rapidement 39° ou 40°, la fièvre est accompagnée de frissons, le pouls est rapide, petit; la réaction péritonéale se traduit par des nausées, des vomissements, un faciès spécial, les traits sont tirés, le ventre est tendu, douloureux spontanément. Le toucher, à cette période de début, provoque une violente douleur, et ne permet que de sentir une masse indivise pelvienne; la palpation des culs-de-sac et les essais de mobilisation de l'utérus réveillent des douleurs violentes. Le repos, l'application de glace sur le ventre, le

régime hydrique absolu, les lavements chauds sédatifs auront généralement raison de la réaction péritonéale. Le poulx devient meilleur, les vomissements cessent, la douleur diminue un peu, la fièvre baisse légèrement. De jour en jour, ces deux derniers symptômes, fièvre et douleur, s'atténuent. Le toucher devient possible. Fait avec douceur, il permet de sentir une masse volumineuse qui emplit tout le petit bassin et semble même venir s'accoler à la paroi antérieure de l'abdomen. On sent aussi, et quelquefois mieux, cette masse par le toucher rectal. Elle est immobilisée dans le petit bassin, elle donne l'impression d'être constituée par tous les organes pelviens pris en totalité, eux, leur porte-vaisseaux et leurs gaines, dans un bloc inflammatoire.

De jour en jour, à proprement parler, les phénomènes s'amendent, la malade retrouve l'appétit, la fièvre tombe et oscille aux environs de 38°, le poulx est bon, le faciès normal; la masse fond sous le doigt qui touche, le bloc devient moins dur, il diminue, il se limite. Le col de l'utérus se mobilise sans grande douleur, on peut aisément se rendre compte du volume et de la position de la masse. Tel ou tel organe pelvien est atteint, mais la périmétrasalpingite a fondu, on voit clair. Petit à petit, au bout de six semaines, deux mois, quatre mois, six mois, un an et plus, survient une période d'apyrexie complète. Celle-ci bien établie, c'est le moment d'intervenir chirurgicalement.

Telle est une évolution favorable. Dans certains cas l'évolution est entrecoupée de périodes inflammatoires, fébriles, douloureuses. Le chirurgien doit, en général, ne

pas intervenir au cours de ces poussés thermiques, *il doit savoir attendre. Il doit aussi savoir ne pas attendre*, et se verra quelquefois obligé d'intervenir guidé par la fréquence de ces poussées inflammatoires, la persistance de la fièvre, l'état de cachexie progressive de la malade. Là comme ailleurs, il semble qu'il y ait une période de choix pour l'intervention; il faut savoir la saisir; le Docteur Rochard nous a donné maintes fois en ces occurrences l'occasion d'admirer sa sagacité clinique.

A côté de cette forme clinique type, il en est d'autres plus rares où le début se fait progressivement; on assiste à l'évolution d'une salpingite simple ou double que la malade soigne mal et qui donne lieu à l'établissement plus ou moins rapide d'une inflammation pelvienne diffuse.

Dans quelques cas, c'est une grossesse extra-utérine rompue, une hématoçèle pelvienne qui subit une transformation purulente, exige la colpotomie quand elle a une évolution basse, une hystérectomie abdominale quand elle ne bombe pas au Douglas. Plus rarement on aura affaire à des kystes de l'ovaire suppurés, ou à des suppurations pelviennes à point de départ mal établi.

Dans tous ces cas les périodes menstruelles de la femme sont irrégulières : quelquefois les règles sont complètement supprimées, et cette suppression peut en imposer pour une grossesse, *état physiologique auquel il faut toujours penser*. Dans d'autres cas, leur exagération est due à la lésion même, ou à un fibrome coexistant.

En présence de ces formes cliniques qui donnent à penser que, au cours de l'intervention faite en période fébrile ou le plus souvent à froid, on se trouvera en pré-

sence de poches volumineuses à adhérences multiples, il convient de préparer la malade en vue d'une hystérectomie avec drainage vaginal, c'est-à-dire qu'il faut procéder avant l'intervention au nettoyage de la cavité vaginale et préparer l'instrumentation nécessaire.

INSTRUMENTATION

L'instrumentation dont nous nous servons est simple.

La valve pubienne du D^r Rochard est la meilleure; elle permet une asepsie complète, elle suffit à tous les cas, elle s'adapte à toutes les tables, se pose facilement. Des modèles spéciaux de cette valve ont été construits pour les femmes grasses. Les avantages de cet instrument ont été déjà décrits dans de nombreux travaux (Thèse du D^r Serge Rabinovitch, Paris 1911) (Thèse du D^r Paul Villechaise, Paris 1914).

Les pinces en usage dans le service sont des pinces de Kocher modifiées; elles sont plus fortes, plus trapues que celles-ci. Elles permettent à l'opérateur d'être sur des prises qu'il a faites avec elles, entr'autres elles donnent une grande sécurité dans la prise des ligaments utéro-ovariens qui ont tendance, quand ils sont infiltrés, à glisser sous l'étreinte des mors *étroits* de la pince de Kocher. Les pinces à utérine sont du modèle dessiné par le Docteur De Martel.

Nous conseillons de faire mettre dans le plateau des ciseaux de Dubois qui nous paraissent l'instrument de choix

pour la section du col. Ils permettent à l'auteur de manier les branches hors du ventre et d'agir avec force dans la profondeur grâce au long bras de levier dont il dispose. Il est bon de mettre aussi de nombreuses pinces à traction d'un modèle puissant, de tailles diverses. La présence d'un trocart et de pinces à kyste est nécessaire pour ponctionner les poches le cas échéant.

Signalons aussi que nos champs opératoires sont munis de rubans courts qui permettent leur déploiement sans qu'on les touche ni qu'on risque de toucher les plans sous-jacents non aseptiques; que les petits champs sont toujours dans une boîte à part, en nombre toujours égal.

Pour le drainage vaginal une longue pince courbe à mors plat est mise et stérilisée avec les autres instruments.

Soins avant l'intervention. — La préparation de la malade est la même que celle que pratiquent à peu près tous les chirurgiens avant une opération quelconque abdominale. Nous ne voulons insister que sur la désinfection du vagin. Durant toute la période de repos le vagin a déjà été quelque peu aseptisé, car pendant tout le cours du traitement la malade a reçu journellement deux injections chaudes antiseptiques de deux litres, et a été tenue dans un état de propreté génitale méticuleuse.

La veille de l'intervention, la malade rasée, le vagin sera lavé, nettoyé au savon et à l'éther. Dans les cas où le col sera atteint de lésions métritiques il aura été pansé durant le séjour au lit de la malade par des applications d'ichtyol, de créosote ou d'iode.

Avant l'intervention, la malade, endormie au chloroforme qui nous semble le meilleur agent anesthésique, est mise en position gynécologique, et l'on procède de nouveau à la toilette du vagin. Un aide spécialement attaché à ce temps opératoire s'est lavé les mains pendant dix minutes et a mis des gants stériles. Il procède alors, le doigt muni d'une compresse stérile, au nettoyage minutieux de la région. A l'eau chaude et au savon, il nettoie, dépliant tous les replis de la muqueuse vaginale, nettoyant à fond les culs-de-sac antérieur et postérieur. Puis il fait couler une injection chaude de deux litres de liquide antiseptique et passe l'alcool et l'éther. Il reçoit des mains du chirurgien une longue pince courbe que celui-ci lui tend en la tenant par les mors, l'aide saisit cette pince par les anneaux et la glisse dans la cavité vaginale en ayant soin qu'elle y pénètre directement sans toucher le plan de la table ou la face interne des cuisses de la malade. La courbure de la pince épouse la face inférieure de la symphyse pubienne.

La malade est alors remise en position horizontale, puis en position de Trendelenburg très inclinée à 50 degrés environ. Suivant le conseil de Rabinovitch « il est bon de changer l'alèze interposée entre la malade et la table d'opération; si on ne prenait pas cette précaution la malade resterait pendant un temps considérable en contact avec l'alcool et surtout avec l'éther répandu pendant le lavage. » On peut faire placer par l'aide spécial, sous le siège de l'opérée, un champ stérile.

La région opératoire a été iodée, on limite la ligne d'incision avec des champs stériles.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire que nous allons exposer est complexe, *c'est à dessein qu'elle n'a pas été schématisée*. Elle tient compte des difficultés opératoires réelles que le chirurgien rencontrera dans ses interventions au cours des grandes suppurations pelviennes.

On sera peut-être étonné de la difficulté avec laquelle ces hystérectomies semblent avoir été pratiquées, tant il est classique d'admettre que ces opérations sont d'une technique claire et réglée exactement dans tous leurs détails. Nous avons au contraire l'intention de montrer comment se présentent les lésions aux yeux du chirurgien qui veut faire une cure radicale et *vraiment radicale* dans un cas de suppuration pelvienne grave, il est bon que l'on soit averti des multiples dangers qui guettent l'opérateur et des difficultés au premier abord insurmontables, qui se dressent sous ses doigts.

Aussi s'étonnera-t-on, peut-être, du nombre fréquent de cas où nous signalons l'écoulement de pus dans le petit bassin — que l'on se rappelle que nous avons éliminé les cas faciles. Dans les cas que nous envisageons

même en choisissant le bon plan de clivage, le décollement des masses annexielles demande des manœuvres de force. Que l'on veuille bien admettre aussi qu'au cours de l'intervention ce n'est pas toujours là où les poches principales qui sont rompues, mais que le pus s'écoule quelquefois par petite quantité, d'un petit abcès résiduel qui prend place au hasard des adhérences, entre le rideau épiploïque et la masse annexielle, en avant vers la vessie, en arrière le plus souvent dans la région parovarienne.

Incision de la paroi. — L'incision s'étend du pubis à l'ombilic; elle doit être large; *il faut voir*. Pour la faire exactement médiane il faut se guider sur la fente vulvaire et non sur l'ombilic. *Il faut voir*, c'est pourquoi l'incision médiane sous-ombilicale, nous semble la seule de mise dans le cas que nous envisageons. Toute autre est à rejeter, l'esthétique ne doit pas entrer en ligne de compte. L'incision pubo-ombilicale permet seule de se rendre compte exactement des lésions et de leurs connections.

Il faut se méfier de la vessie en bas, des anses grêles et de l'épiploon en haut. Ces organes font souvent bloc avec la paroi et sont incisés avec celle-ci si l'on n'y prend garde. L'incision première doit être franche, nette, faite sans hésitation, d'un coup de bistouri ample, sans à-coups, elle incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Chez les femmes grasses un deuxième coup de bistouri est nécessaire. Puis l'aide, soulevant en masse la paroi abdominale, de son côté, l'opérateur à l'aide de pinces à griffe du sien, il incise, dans la zone supérieure de l'incision, l'aponévrose, sur quatre à cinq centimètres

environ. On passe entre les muscles droits, et cela ne saigne pas, sur une longueur égale, et, de la pince à griffe on accroche le péritoine dans le fond de la plaie.

Chez les femmes grasses celui-ci est souvent masqué par une épaisse couche de graisse sous-péritonéale, que le D^r Rochard a coutume d'exciser pour mettre à nu la lame péritonéale. Celle-ci fine dans les cas normaux, se trouve ici épaissie et comme fixée, le bistouri l'incise avec soin dans un point voisin du haut de la plaie où elle semble libre d'adhérence sous-jacente.

Le péritoine est ouvert. On repère de chaque côté la lame péritonéale. A ce moment seulement on agrandit l'incision. Un coup de ciseau sur l'aponévrose en haut et en bas, entre les muscles droits en bas et en haut, et très prudemment en plusieurs coups sur le péritoine en haut, puis en bas. Très prudemment car les anses grêles et l'épiploon sont souvent adhérents à la face postérieure du péritoine. Ces adhérences se font quelquefois en totalité, quelquefois par zones. La vessie elle aussi a contracté des adhérences avec la face postérieure du péritoine. Vers elle, la lame péritonéale est épaisse et saigne. Le réservoir vésical ne sera pas ouvert si l'on a soin de faire l'incision en haut dans la boutonnière aponévrotique indiquée, si par la suite on agrandit cette boutonnière par en bas, par plans successifs, aponévrose, muscles, péritoine.

On place alors la valve de Rochard. Cette valve donne, dans la plupart des cas un jour suffisant. Il n'est pas d'usage dans le service d'employer les écarteurs de Gosset, ni ceux de Ricard, non plus que le cadre de Faure et Coryllos.

Au cours de l'opération l'aide peut donner plus d'aisance à l'opérateur en écartant avec un écarteur de Hartmann telle ou telle rive de l'incision. Aussitôt mis, aussitôt enlevé, et l'on garde des lèvres d'incision souples et non rigides, libres et non garnies d'instruments métalliques.

La mise en place de la valve est quelquefois difficile; pour qu'elle puisse se faire avec facilité il faut que l'opérateur ait libéré à fond le péritoine pariétal des connexions pathologiques sous-jacentes, que l'incision soit de taille suffisante, que l'aide mette la valve en plongeant vers le pubis.

Protection de l'abdomen. — Dans les cas relativement aisés, on peut dès ce moment, après s'être rendu compte des yeux, des lésions, établir par la pose de champs la protection de l'abdomen.

Dans les cas difficiles nous conseillons de mettre un champ d'attente entre l'épiploon et le péritoine pariétal en haut. On libère alors les adhérences épiploïques. Il ne faut pas aller aux zones d'adhérence qui unissent l'épiploon à la vessie, à l'utérus, aux masses annexielles, mais il faut laisser en place ces adhérences et porter son effort, effort moindre et moins nocif, sur les zones libres sous-jacentes d'épiploon. On lie solidement en chaîne, au catgut fort, l'épiploon regagne en haut l'abdomen, en bas il reste adhérent à la masse pelvienne.

Puis il faut libérer les adhérences de l'intestin, après avoir fait glisser l'épiploon sous le champ d'attente. Sur la ligne médiane on arrive, en général, assez aisément à

libérer l'intestin grêle du fond de la masse. A droite nous avons vu dans quelques cas le cæcum venir prendre avec la face antérieure du ligament large droit et avec le faite de ce ligament des attaches solides d'origine inflammatoire. A gauche les adhérences avec le côlon iléo pelvien sont plus fréquentes, plus intimes, plus étendues. On ne doit pas chercher à les libérer avant d'avoir procédé à la protection de l'abdomen. On enlève le champ d'attente et on protège l'intestin de façon absolue car, selon toute probabilité, il y aura écoulement de pus au cours des manœuvres opératoires.

Il faut garnir; on mettra trois champs perdus, un au centre, un dans la fosse iliaque droite, un dans la fosse iliaque gauche. Il faut garnir avec méthode, mettre les champs en prenant son temps, les placer avec soin pour refouler l'intestin de façon définitive, qu'il ne vienne pas à chaque instant obstruer le champ opératoire et s'exposer à l'infection.

Pour procéder à cette manœuvre il faut que la malade dorme à fond, attendre qu'elle ne pousse aucunement, et l'on place ses champs de façon à refouler les anses en masse et non une à une. A droite et au centre la chose est généralement facile; à gauche on a souvent plus de mal à rejeter l'intestin dans la fosse iliaque gauche. Dans le cas où les femmes opérées sont grasses, il ne faut pas hésiter à placer un quatrième champ; on sait le nombre de champs mis à votre disposition, il est toujours le même. On compte les champs à la fin de l'intervention, on n'en oubliera pas.

Recherche du fond de l'utérus. — Alors seulement on pourra chercher l'utérus. Celui-ci est souvent difficile à trouver soit qu'il soit déporté en avant, accolé à la vessie, rejeté en arrière faisant masse avec le rectum, déplacé latéralement par une masse annexielle volumineuse. Il faut le chercher avec méthode, systématiquement. Il est des cas où sa recherche étant restée infructueuse, on a été obligé de commencer l'ablation des poches annexielles sans savoir où il était; le corps de l'utérus n'a été vu qu'après. C'est là un cas tout à fait rare, il faut chercher, il faut trouver le fond de l'utérus; c'est la clé de l'hystérectomie que l'on va pratiquer.

Hystérectomie subtotale. — Le Docteur Rochard écrivait : « *On commencera donc après avoir constaté la bilatéralité des lésions par faire une subtotale en allant de droite à gauche ou de gauche à droite suivant qu'il sera plus facile d'attaquer le col d'un côté ou de l'autre.* »

Le fond de l'utérus est saisi avec une pince à prise, cette pince prend l'utérus dans toute son épaisseur, solidement. On pratique alors une hystérectomie subtotale par le procédé qui s'impose dans le cas qui se présente à vous. On verra, si l'on veut bien lire quelques lignes des observations relevées dans le service de gynécologie, que les différents opérateurs ont pratiqué ces subtotaux des façons les plus diverses; que le D^r Rochard, auquel nous devons un grand nombre d'observations, a employé presque toutes les méthodes d'hystérectomie subtotale. Procédé américain, allant du côté le moins atteint au côté le plus malade; décollation antérieure et surtout

hémisection utérine. Dans ces cas, qui sont des cas complexes, chaque opérateur se trouve avoir à résoudre un problème, à prendre une décision opératoire. Il n'a alors rien de mieux à penser qu'à se rappeler les indications de tactique opératoire données dans le traité de gynécologie médico-chirurgicale de Jean-Louis Faure et Siredey. « Il n'y a pas de meilleur procédé; il faut les connaître tous et savoir dans chaque cas particulier se décider pour le bon. »

Au cours de cette hystérectomie supra-vaginale, on a intérêt à attaquer les lésions de bas en haut, et le procédé le plus employé dans le service est, en cas de lésions bilatérales volumineuses, l'hémisection utérine. Etant donné les lésions, il y a écoulement de pus dans le petit bassin, on épongera au fur et à mesure le liquide purulent qui, selon les cas, est du pus franc, du pus fétide à odeur intestinale, du pus hématique. Cet écoulement de pus est l'indication absolue du drainage vaginal large. Pour établir celui-ci on totalise l'hystérectomie subtotale.

Totalisation de l'hystérectomie subtotale. — « Cela fait (l'hystérectomie subtotale) le col étant saisi avec une bonne pince à prise, on cautérise le canal cervical au thermo-cautère et on aura du jour pour extirper le moignon du col qui reste. A cet effet, une autre pince sera placée rasant ce qui reste de col jusqu'au vagin, si la première pince placée n'a pas été descendue assez bas pour assurer une bonne hémostase. On sectionnera au ciseau le ligament large entre la pince et le col utérin, puis l'on décollera latéralement le vagin de façon à pouvoir le sai-

ser latéralement, avec une bonne pince qui le tendra et permettra de l'ouvrir facilement avec des ciseaux courbes. Le vagin ouvert, une pince à prise saisira le col, le luxera et au thermo-cautère on cautérisera sa surface et son ouverture. Puis à l'aide de ciseaux on coupera circulairement les insertions du vagin au col jusqu'aux parties latérales du côté opposé où une pince sera mise s'il y a lieu. Ensuite d'un dernier coup de ciseau entre le col et cette pince on coupera les seules parties qui retenaient désormais le moignon cervical au vagin. Une pince sera mise aux quatre pôles de la section vaginale et si celle-ci saigne un surjet en avant et un autre surjet en arrière feront l'hémostase tout en réduisant s'il y a lieu l'ouverture vaginale » (Rochard 1908).

Il n'y a guère qu'à développer par le menu cette technique. Voici comment nous procédons à l'heure actuelle.

L'hystérectomie subtotale est faite. La masse utéro-annexielle qui encombrait le champ opératoire est enlevée; l'opérateur voit clair maintenant dans le petit bassin. En avant la vessie, en arrière le rectum, au centre le col dans sa partie extrême, flanqué des deux pinces à utérine. Latéralement les pédicules pincés. En haut la barrière de champs défendant l'abdomen. L'opérateur voit clair, et il a de la place, il a toute facilité pour transformer en totale l'hystérectomie subtotale. Une pince à tractions est posée sur le col. Celui-ci comme le faisait déjà remarquer Richelot se déplisse, tend le vagin. On isole en avant la vessie, en arrière le rectum; de ce côté les ligaments utéro-sacrés sont un bon guide quand leur individualité anatomique est bien conservée, ce qui n'est

le plus souvent pas le cas. Une pince de Kocher, ou mieux une des pinces spéciales dessinées par Collin pour le service, est placée en dedans de la pince à utérine rasant ce qui reste de col jusqu'au vagin. La pince à utérine a été poussée jusqu'au bord du col sans empiéter sur le tissu cervical, la pince nouvelle que nous posons passe donc au ras du bec de la pince à utérine en dehors, au ras du moignon de col en dedans. La vacuité du petit bassin et l'aisance des mouvements que l'opérateur trouve par l'ablation première de la masse pelvienne suppurée, permettent au chirurgien de placer cette pince en bonne position, parallèlement aux bords du col et rasant ce col, on ne saurait trop le répéter. Ce dernier est attiré par la pince à prises, le chirurgien a placé ses deux nouvelles pinces latéralement et enlevé ses pinces à utérine. Il sectionne alors le ligament large entre le col et la pince qui étreint la base de ce ligament et les vaisseaux qui y courent, l'artère utérine et ses branches. Cette section est faite aux ciseaux, elle mène quelquefois au vagin qui sonne creux à l'extrémité de la section. Le plus souvent il faut pour atteindre le vagin mettre de chaque côté du col une seconde pince en dedans de la première écrasant ce qui reste en bas de ligament large; rarement une troisième pince est nécessaire. *Il faut* que ces pinces aillent au vagin, que les mors de la dernière pince atteignent le dôme vaginal, c'est la condition de l'hémostase, c'est le temps capital de l'intervention.

Répétons encore; la pince, ou les pinces, doivent être placées des deux côtés au ras du col, parallèlement à ses bords et poussées jusqu'au vagin. Ainsi elles peuvent

être en toute sécurité mises et serrées. Au ras du col, parallèlement à lui, jusqu'au vagin, vous pouvez placer vos pinces, sans danger d'hémorragie après section sans crainte de blesser l'uretère.

La traction sur le moignon du col continue à s'exercer, le col est débarrassé à droite et à gauche de ses attaches avec le ligament large, la vessie en avant, le rectum en arrière sont isolés. Les ciseaux courbes attaquent le vagin latéralement le plus près possible du col et l'ouvrent. Par cette brèche latérale le col saisi dans une pince à prises sera luxé. Les ciseaux courbes continuant leur travail coupent circulairement en avant et en arrière les insertions du vagin au col, au ras de celui-ci jusqu'aux parties latérales du côté opposé. On coupe cette dernière attache, latérale de dehors en dedans, le moignon du col est détaché du vagin. Une pince sera mise aux quatre pôles de la section vaginale.

Ces manœuvres doivent être faites avec précision, le chirurgien travaille à grande profondeur dans une zone dangereuse où cheminent les deux uretères, les deux utérines et leurs branches cervico-vaginales. Pour opérer avec sécurité, en toute sûreté dans cette région il faut voir clair; il faut avoir la liberté entière de ses mouvements pour placer ses pinces comme elles doivent l'être, attaquer le vagin latéralement aux ciseaux courbes, luxer le col en inclinant fortement la pince à prises. Grâce à l'extirpation dans un premier temps opératoire, de la masse pelvienne ces conditions sont pleinement réalisées, l'ablation du col devient le plus souvent aisée.

Généralement la tranche antérieure du vagin ne sai-

gne pas. La tranche postérieure au contraire, bien que l'on ait toujours soin de sectionner le vagin au niveau de ses insertions sur le col utérin, de faire une totale pure sans colpectomie comme le conseille le D^r Chevrier, saigne dans la majorité des cas.

On fera donc un surjet antérieur dans les cas assez rares, mais on sera toujours amené à faire un surjet au catgut solide sur la tranche postérieure du vagin et l'on prendra deux points d'appui latéraux sur les ligaments utéro-sacrés. Ce surjet doit être fait par prudence, même dans les cas où la tranche paraît avasculaire. Il n'est pas nécessaire en principe de réduire l'ouverture vaginale large qui permet un drainage large.

L'ablation du col n'est pas toujours facile par la méthode et la technique que nous avons décrites. On emploie alors pour l'exérèse du col, les procédés analogues à ceux que l'on emploie pour enlever un corps de l'utérus adhérent de tous côtés; le procédé le plus employé et le plus commode nous semble être l'hémisection cervicale.

Les pinces spéciales sont placées comme précédemment en dedans des pinces à utérine. On enlève celles-ci. L'opérateur saisit le col avec deux pinces à prises mises sur les parties latérales de ce col. Les ciseaux coupent en dehors des pinces à prises les attaches du col avec le ligament large; puis passant entre les deux pinces à prises coupent le col par son milieu. Le chirurgien procède alors à l'ablation séparée de chaque moitié du col. Portant la pince à prise en dehors, il subluxue une des moitié du col, la droite par exemple, engage ses ciseaux courbes dans le cul-de-sac antérieur puis dans le cul-de-

sac postérieur et sectionne les insertions du vagin au col. Cette libération de la moitié droite du col en avant et en arrière facilite les manœuvres pour la pose de la pince qui pincera les attaches de la partie inférieure du ligament large au col; les ciseaux couperont en dedans de cette pince, et la moitié droite du col sera enlevée. On procède de même à gauche.

Cette hémisection du col rend les plus grands services. Elle est utile quand on ne peut pas sur les côtés du col placer ses pinces avec facilité jusqu'au vagin et attaquer celui-ci latéralement. La section du col par le milieu mène, par le fait même qu'elle est poussée à bout, dans le vagin, que l'on attaque alors de dedans en dehors. Le principe est exactement le même que celui qui a conduit à l'hémisection utérine dans les subtotaux, et plus encore à celui qui a conduit Jean-Louis Faure à considérer l'hémisection utérine totale comme le meilleur procédé dans le traitement des suppurations pelviennes (Clinique de la Charité, *Journal des Praticiens*, 1906).

Quelquefois impossible, cependant ce procédé doit laisser le pas à l'ablation du col par morcellement. Celle-ci mène par sections successives à l'ouverture du vagin et au drainage vaginal, but même de l'intervention que l'on a entreprise. Mais il est des cas où la totalisation est impossible; dans ces cas on ne peut qu'admirer l'adresse et la dextérité audacieuse des chirurgiens qui parviennent à faire en des circonstances aussi délicates, sans nuire à leur opérée, des hystérectomies totales en un temps. Dans deux observations, j'ai vu de moi-même et j'ai lu, relatée par un ancien élève du service, l'im-

possibilité où l'on avait été d'extirper le col. Ce segment inférieur de l'organe utérin adhérait de façon intime avec le rectum en arrière, la face postérieure du col utérin et la face antérieure du rectum ne faisant qu'un, réunies dans une coalescence inflammatoire où il était illusoire de chercher un plan de clivage. Il n'eût pas été plus facile dans ces cas de faire une hémisection postérieure du col sans léser le rectum.

Drainage vaginal. — Il faut faire les ligatures. Les pédicules supérieurs sont liés. Le point délicat est la ligature des pédicules inférieurs. Avec une aiguille à pédale, un catgut fort n° 3 est placé dans l'épaisseur de la tranche latérale du vagin et saisit tout le bouquet utérin compris dans les pinces. Ce fil est serré par trois nœuds. Si la masse à ligaturer est trop volumineuse on placera deux ligatures. Ces ligatures assurées, on met en place un drain de gros calibre et une mèche ou deux de gaze stérile.

Le drain et la mèche sont introduits par voie abdominale. L'opérateur les présente au mors de la pince vaginale. Celle-ci est mue sous les champs par l'aide spécial qui l'a mise en place, elle est ouverte, le chirurgien place dans ses mors drain et mèche. Elle est refermée et retirée entraînant au dehors drain et mèche par le vagin.

Le drainage a été ainsi assuré avec le minimum d'infection possible par le vagin, les dangers d'infection par cette voie ainsi réduits deviennent en pratique nuls. La mèche est mise de telle façon qu'elle tapisse le fond du petit bassin, s'étend sur

les surfaces cruentées et sur les zones d'adhérence qui, le plus souvent, saignent en nappe. Suivant les cas, les mèches sont portées vers une des parois ou vers l'autre plus spécialement, mais en toutes circonstances, il doit y avoir au centre, matelassant le petit bassin et comblant le vide fait par l'ablation de la masse utéro-annexielle, un tapis de mèches sur lequel reviendront reposer les anses intestinales. Dans les jours suivants ce matelas de mèches empêchera avant qu'il n'ait contracté de nouvelles adhérences l'intestin pelvien et même l'intestin grêle de se ptoser dans le fond du petit bassin, de s'y couder et d'y produire des accidents de sténose intestinale. Ce mode de drainage vaginal est simple il nous a donné les meilleurs résultats; il nous semble supérieur par sa simplicité même, la facilité avec laquelle il peut être appliqué, celle avec laquelle on peut l'enlever, supérieur à tout autre mode de drainage plus compliqué.

Péritonisation. — La péritonisation est toujours difficile, elle nous paraît quelquefois impossible, le mieux est l'ennemi du bien, mieux vaut ne pas la tenter si elle paraît difficile, si elle doit donner des chances d'hémorragie ou prolonger l'opération sans bénéfice pour la malade. Dans certains cas en effet le péritoine a disparu avec les parois de la poche et en voulant aller l'accrocher loin sur les parois pelviennes on risque de léser les gros vaisseaux, la veine iliaque interne entre autres, comme des cas en ont été rapportés.

Dans d'autres occasions on a dû laisser une paroi de

la poche trop adhérente au pelvis et la péritonisation est alors illusoire. Il est regrettable de laisser ainsi une opération incomplétée, mais il est quelquefois impossible de faire autrement.

Dans un assez grand nombre d'observations, entre autres dans celle rapportée par le D^r Cotillon lors de son passage dans le service, les opérateurs ont eu recours, pour isoler le petit bassin de la grande cavité péritonéale, au cloisonnement du bassin. A l'heure actuelle le D^r Rochard n'est plus un partisan systématique de cette méthode de cloisonnement qui consiste à reporter l'anse sigmoïde vers le péritoine de la face antérieure de la vessie. Tout au plus fait-il, dans quelques cas, des points isolés. Il est meilleur pensons-nous de ne pas oublier de ramener l'épiploon en avant des lésions, renouvelant ainsi le processus de défense dont la nature elle-même s'est servi pour limiter l'infection au petit bassin, son lieu d'origine, et en empêcher la diffusion dans la grande cavité abdominale.

Appendicectomie. — Il ne nous semble pas recommandable de terminer l'opération par l'ablation de l'appendice. Longue par elle-même, grave par les lésions pour lesquelles on est intervenu, par la mutilation que l'on a fait subir à la malade, l'intervention doit de plus rester localisée dans la mesure du possible au petit bassin. Il est inutile de faire une appendicectomie qui porte le champ d'action dans la fosse iliaque droite. L'ablation de cet organe ne trouve d'indication que dans le cas où l'appendice iléo-coecal a participé au processus d'inflam-

mation pelvienne et où on le trouve sous le doigt, malade, en haut des annexes malades.

Dans les autres cas il ne nous paraît pas de bonne tactique d'aller s'assurer de l'état de l'appendice s'il est en position normale et non suspect d'après les lésions trouvées et les antécédents personnels de la malade.

Reconstitution de la paroi. — Le fond du petit bassin est tapissé de mèches, la brèche péritonéale a été réparée suivant les possibilités, l'orifice pelvien du drain vaginal apparaît entre les mèches; permettant le drainage de la zone déclive. On enlève les champs de garniture, on ramène l'épiploon au devant des lésions, on enlève la valve. L'opération proprement dite est terminée.

Il est d'usage dans le service de placer à ce moment un champ entre les lèvres de la plaie abdominale. L'opérateur et l'aide qui, dans le courant de l'intervention, auront, comme il est de pratique courante, lavé leurs gants dans une solution antiseptique, abandonnent un instant la malade. Ils vont rincer leurs gants à l'eau courante chaude, puis les passer dans l'alcool. Durant ce temps, on change les plateaux et l'on donne aux opérateurs pour la réfection de la paroi des instruments autres que ceux qui ont servi à pratiquer l'hystérectomie. La paroi abdominale est reconstituée soit en trois plans au catgut et au crin, soit au bronze en un plan, suivant la durée de l'intervention et l'état de la paroi. Dans le premier cas nous plaçons dans la zone sous-ombilicale de la plaie un point musculo-aponévrotique en U au catgut. Il n'est aucunement nécessaire de laisser

un drain ou une mèche abdominale, la ligne d'incision est nettement et complètement suturée.

Pansement. — Le pansement est fait selon l'usage. L'opérateur doit, celui-ci fait, s'assurer que son drain vaginal et ses mèches sont en bonne place. Il ne doit point en modifier la situation puisqu'elle correspond à une position abdominale qu'il connaît et qui est bonne, mais il doit souvent couper le drain qui trop long serait appelé à se déplacer par frottement le long des cuisses ou sur le drap. Il doit aussi arranger les mèches pour protéger les parties latérales de la vulve contre l'ulcération possible par le drain. L'opérée est reportée dans son lit.

Là nous avons coutume de placer un oreiller sous la racine des cuisses de la malade et dans le cas où la patiente est trop agitée de rendre par une alèze ses membres inférieurs solidaires l'un de l'autre. Ainsi l'opérée ne peut glisser dans son lit ni modifier trop la position de son drain dans des mouvements désordonnés.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons signalé en cours de route la plupart des complications opératoires, nous nous excusons d'y revenir, mais nous pensons qu'elles sont assez fréquentes et d'importance assez grande, dans les cas difficiles que nous avons décrits, pour que l'on s'y attache.

Ouverture de la vessie. — Cette complication est rare, quand la malade a été sondée avant l'intervention avant d'être endormie. Dans un cas que nous avons observé, la vessie n'avait pas été vidée par ce sondage dans la position horizontale. Une collection hématique, anté-utérine collait la partie inférieure de la vessie contre la symphise et il existait chez cette femme couchée depuis des mois, un bas-fond vésical au-dessus de cet étranglement. Cette poche vésicale remontait à mi-chemin de l'ombilic et fut ouverte en incisant le péritoine. Suturée, elle guérit sans aucun préjudice pour l'opérée. En général, les plaies de la vessie sont en effet bénignes, et leur suture, pourvu qu'elle soit faite avec soin, en assure la bénignité.

La vessie peut être aussi lésée dans les manœuvres

de décollement quand sa face postérieure est intimement adhérente à la face antérieure de la masse pelvienne. Non qu'elle puisse se déchirer sous les manœuvres digitales ou au cours du décollement de la compresse, mais bien être par maladresse ouverte d'un coup de ciseau trop audacieux en quête d'une amorce de plan de clivage. Quand ainsi les adhérences vésico-utérines sont grandes, mieux vaut ne pas insister et chercher à amorcer l'hystérectomie par ailleurs, sur les faces latérales ou postérieures de la masse ou par hémisection. La décollation antérieure trouve dans ces cas un sérieux obstacle, et les ligaments ronds du reste sont noyés dans la masse inflammatoire et difficiles non seulement à isoler mais encore à découvrir.

Plaies de l'intestin grêle. — L'intestin grêle souvent fort adhérent est difficile à isoler, il peut être déchiré dans des manœuvres trop brusques; ouvert pendant l'incision, collé qu'il est à la face postérieure du péritoine, entamé par les ciseaux qui veulent le libérer de la masse pelvienne. On doit, nous semble-t-il, proscrire l'usage des ciseaux, si le doigt est impuissant à assurer la libération des adhérences il faut les sculpter au bistouri. De même que la vessie, l'intestin grêle ne doit pas être ouvert si l'on opère avec prudence et méthode, mais on ne peut nier qu'il ne soit quelquefois ouvert. Il faut toujours s'assurer de son intégrité une fois les adhérences libérées. Bien souvent, en effet une érosion de la séreuse intestinale demande réparation, quelquefois une petite perforation de taille minima passerait inaperçue si de parti

pris on n'examinait avec un soin minutieux l'intestin sur toute la longueur de la zone décollée. On réparera les lésions par des sutures appropriées dans le détail desquelles nous n'avons pas à intervenir.

Plaies du gros intestin. — Le cæcum, à droite, est rarement très adhérent à la masse, il est rarement lésé. C'est à gauche et en arrière que la masse pelvienne contracte des adhérences très intimes avec le côlon iléo-pelvien et la face antérieure du rectum. Bien souvent on sent, quand on a décollé les annexes, que le rectum et le côlon iléo-pelvien, dans la zone où ils adhéraient à la masse, présentent des parois épaissies, cartonnées. L'épaississement et l'infiltration s'étendent aux franges épiploïques qui sont dures, parcheminées, augmentées de volume. On comprend que la lésion du gros intestin à gauche et du rectum en arrière dans les cas difficiles que nous envisageons, soit une chose possible. Il faut la considérer comme une complication plus fréquente, plus difficile à éviter, plus dangereuse que les deux précédentes. La réparation des lésions est laborieuse, il faut travailler au fond d'un puits, surtout en cas de suture du rectum. Les points de suture doivent être faits sur des tissus rendus friables par l'inflammation. On devra pratiquer cette suture avec du catgut assez gros, à points serrés. Comme l'ouverture de l'intestin grêle elle impose une surveillance minutieuse de l'alimentation même liquide de la malade après l'intervention, et fait retarder le jour où l'on a coutume de purger les opérées.

Hémorragies post-opératoires. — L'hémorragie est suivant les auteurs opposés à l'hystérectomie totale le plus grand danger de cette intervention, elle en fait disent-ils une opération meurtrière. Au cours de l'opération l'hémorragie est chose courante. Elle ne nous semble présenter de gravité que dans deux cas. Premièrement quand elle se fait en nappe au niveau de la région d'adhérence si cette zone est très étendue, principalement dans une zone située entre les faces latérales du rectum et la paroi pelvienne. Dans cette région, nous avons noté à quatre reprises différentes, trois fois à droite et une fois à gauche une hémorragie peu abondante mais persistante et inquiétante par ce caractère même au niveau d'une veinule pariétale. Cette veinule, tributaire certaine de la veine iliaque interne, n'a pas été individualisée nettement par nous, nous ne voulons que citer sa présence à quatre reprises observées. Son hémostase est difficile à assurer par une simple ligature au catgut sur pince et difficile à pratiquer dans cette profondeur et dans la direction où elle doit être faite. On peut très prudemment passer une aiguille de Reverdin ou mieux une aiguille à pédale qui saisira un peu de paroi pelvienne et assurera la prise hémostatique. Deuxièmement, quand cette hémorragie a lieu au niveau de la section du vagin. Nous avons déjà dit qu'il était assez rare que la tranche antérieure du vagin saignât, que, par contre, le fait était fréquent pour la tranche postérieure.

Certains auteurs proposent afin d'éviter cette hémorragie d'aller lier l'artère utérine isolément, dans la base du ligament large.

A la Société anatomique, le 11 décembre 1909, les D^{rs} Descomps et Desmarest disent : « Les hémorragies parfois graves que l'on doit combattre au cours de l'hystérectomie totale tiennent d'une part à la façon dont l'utérine est liée et d'autre part à l'oubli de l'artère vaginale longue ». On lie l'utérine au ras de l'utérus et du vagin au niveau de son panache terminal. Il serait préférable pour avoir une hémostase plus rapide, plus complète et moins menaçante pour l'artère de placer le fil sur le tronc de l'utérine en dehors de l'uretère contre la paroi pelvienne. Quant à l'artère vaginale longue, située en arrière de l'uretère et au ras de ce conduit, son calibre et ses rapports lui valent d'être considérée comme une artère chirurgicale. C'est en arrière de l'uretère, contre la paroi pelvienne, avant le segment d'épanouissement qu'il faut aller placer le fil. »

Cette manière de faire nous semble plus théorique que pratique, plus anatomique que chirurgicale. Nous n'y avons jamais eu recours. Dans les cas que nous envisageons elle nous apparaît illogique. Si elle peut être pratiquée au cours des hystérectomies où il est utile de disséquer l'uretère et la base du ligament large, elle ne peut pas l'être dans les cas qui nous intéressent où l'on ne voit pas l'uretère sinon par transparence le long de la paroi pelvienne.

Le D^r Gosset (*Journal de chirurgie*, juillet 1909) dit : « Il est de toute nécessité de couper latéralement non pas seulement l'utérine mais encore ses branches descendantes. Avec une forte paire de ciseaux coupez donc après avoir placé une pince de Kocher non pas transver-

salement, mais presque verticalement, coupez hardiment de haut en bas entre cette pince et l'utérus. Coupez très bas sur une longueur de deux à trois centimètres. Cette manière de faire a une importance capitale au point de vue de l'hémostase de la tranche vaginale. C'est pour ne pas pratiquer de façon identique cette ligature de l'utérin, que les chirurgiens émettent à propos de l'hémostase de la tranche vaginale des opinions si peu concordantes. Les uns qui lient trop haut prétendent que la tranche vaginale saigne beaucoup, les autres ceux qui lient en bonne place, c'est-à-dire très bas, soutiennent n'avoir jamais d'hémorragie vaginale par la tranche.

Le D^r Chevrier arrive à des conclusions identiques dans son article des *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de février 1910. Dans cet article il étudie la vascularisation du dôme vaginal, conclut à l'existence d'une zone avasculaire, au ras de l'insertion du vagin sur le col, et conseille dans les cas où l'hystérectomie totale s'impose de la faire en deux temps, pour pouvoir, l'utérus et les lésions enlevés, placer les pinces de façon à éviter toute hémorragie. Il sectionne le vagin au ras de ces insertions, sans l'entamer trop, il fait une hystérectomie abdominale pure sans colpectomie. Quand la section vaginale est pratiquée en bon endroit, dit-il, l'hémorragie de la tranche est un mythe, et il ajoute que M. Richelot, dans ses discussions de la Société de chirurgie sur l'hystérectomie abdominale, a déjà affirmé ce fait.

Depuis l'année 1908, nous avons vu nous-mêmes le D^r Rochard pincer l'utérine et ses branches dans les kystérectomies totales en plaçant une pince ou plusieurs

pincés au ras des bords du col, jusqu'au vagin, parallèles au col obliques à la direction des vaisseaux. Sur 210 hystérectomies totales faites depuis cette époque on relève un cas de mort par hémorragie secondaire; sur 41 cas d'hystérectomie totalisée on note 1 cas d'hémorragie secondaire arrêtée par un tamponnement vaginal et suivie de guérison de la malade. On peut donc conclure qu'en employant le procédé en usage dans le service, l'hémorragie secondaire, qui met la vie de la malade en danger, n'est pas plus fréquente, après l'hystérectomie totale qu'après l'hystérectomie subtotale, le gros argument de l'hémorragie contre la pratique de l'hystérectomie totale tombe devant les faits.

Blessures des uretères. — Nous avons laissé dernière cette complication que sa gravité devait placer au premier plan; la raison en est que, *dans aucun cas de subtotale totalisée, nous n'avons eu d'accidents de ce côté.* On doit penser à l'uretère durant tout le temps de l'hystérectomie, mais si les pincés sont placés comme nous l'avons dit, on ne blesse jamais l'uretère, jamais. *On respecte l'uretère sans le voir.* Dans les hystérectomies subtotales totalisées pratiquées pour de grandes suppurations pelviennes, cas opératoires que nous envisageons seuls sans parler de hystérectomies totales élargies ou autres, le danger de blessure de l'uretère si l'on pense sans cesse à lui, est infime. Nous n'en notons aucun cas dans nos observations.

Autres complications opératoires. — Il n'y a guère d'autres complications opératoires qui méritent d'être

signalées. La rupture de l'utérus, friable, est cependant un des ennuis les plus courants. Cet accident apporte quand il se produit et se reproduit une grande gêne à l'opérateur qui perd ainsi son lieu d'élection pour la traction. Il peut être évité si l'on se sert d'une pince à traction, de modèle puissant comme nous l'avons préconisé, et si l'on a soin de se saisir de l'utérus non par l'extrême fond mais en enfonçant les dents de la pince en plein corps utérin. Il faut se méfier aussi de la facilité avec laquelle les pédicules supérieurs utéro-ovariens glissent sous la pince qui les serre dans les cas où ils sont le siège de lésions inflammatoires. Il faut les saisir avec de fortes pinces et serrer fortement.

Notons les cas où il existe des lésions autres que la double lésion pelvienne. A plusieurs reprises nous nous sommes trouvés en présence de fibrômes plus ou moins volumineux surajoutés à la lésion. Dans un cas l'utérus était gravide et contenait un fœtus mort. La complexité des lésions rend l'opération de l'hystérectomie totale d'emblée plus difficile encore que dans les cas de suppuration pelvienne simple, et l'indication de *l'hystérectomie subtotalé totalisée* se trouve encore là réalisée.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont celles des hystérectomies en général. Seul le drainage vaginal retiendra notre attention.

Dans la majorité des cas, l'opérée perd du sang le premier jour, elle tache assez fortement son alèze. Le second jour les pertes sanguines sont moindres. Le troisième jour en général le drain qui a été, nous l'avons dit, pris de gros calibre, tombe de lui-même, sans aucune souffrance pour la malade, les pertes sanguines s'arrêtent. Les mèches, elles doivent être retirées. En thèse générale, on les enlève le 5^e jour, à cette époque on peut assez facilement les détacher. La femme doit être mise en bonne position, les jambes écartées, le siège relevé. Il faut à l'aide d'une pince tirer sur la mèche en l'abaissant, en la relevant, en la faisant aller de droite et de gauche, en la saisissant par des endroits différents suivant quelle semble se décoller mieux d'un côté ou de l'autre. On obtient ainsi à chaque effort fait, une progression dans le décollement de la mèche. Finalement elle vient, entraînée par la pince. Dans le cours de cette

extraction, qu'il faut savoir pratiquer avec douceur mais avec ténacité, la malade ressent une légère douleur, aux dires de toutes fort supportable. Nous n'avons aucun cas d'hémorragie secondaire qui se soit produit au moment de l'extraction de la mèche. Il s'écoule quelquefois une très petite quantité de sang qui ne met aucunement la vie de la malade en danger. Dans quelques cas la mèche est trop adhérente pour être retirée d'un seul coup; on la retire en plusieurs fois.

Le moment favorable pour débarrasser l'opérée de sa mèche semble bien être celui que nous avons indiqué : le cinquième jour. Nous avons essayé de laisser les mèches plus longtemps et n'y avons trouvé aucun avantage. La facilité plus grande avec laquelle elles se détachent vers le douzième jour ne compense pas les accidents de rétention que son maintien peut occasionner; nous conseillerons au contraire dans des circonstances particulières, au cas où la malade atteint 39° de fièvre le troisième jour, et où aucune raison extra-pelvienne n'explique cette poussée thermique qui coïncide au contraire avec des douleurs dans le bas-ventre, il faut démêcher la malade dès cette époque. La mèche sera retirée en tout ou en partie suivant les cas. Il suffit quelquefois de décompresser quelque peu, en enlevant une partie de la mèche, pour que quelques gouttes de liquide s'écoulent, tenues en rétention derrière une mèche trop tassée. De même le fait de décompresser fait-il cesser le plus souvent la rétention d'urine complète ou partielle que l'on note dans quelques observations durant les trois ou quatre premiers jours. Les jours suivants il s'écoule par

le vagin une certaine quantité de pertes malodorantes, mais celles-ci disparaissent sous l'influence d'injections chaudes avec un antiseptique faible que l'on ordonne à la malade dès le sixième jour.

Les accidents de suppuration du côté de la paroi sont rares étant donné l'absence de drain et la précaution prise par les opérateurs de laver et d'aseptiser leurs gants pour procéder à la réfection de la paroi avec des instruments qui ne servent qu'à cette phase terminale de l'intervention. Dans les cas où l'on a eu des complications opératoires, lésion d'un viscère quelconque, les suites opératoires comportent des indications spéciales sur lesquelles nous n'avons point à insister. L'ouverture de la vessie commande l'usage de la sonde à demeure que l'on changera fréquemment. Les blessures intestinales réclament un grand soin dans l'alimentation de la malade et dans la fixation du jour où on purgera celle-ci.

De plus, nous signalons la possibilité d'un syndrome d'obstruction intestinale survenant vers le quatrième ou le cinquième jour. Ces accidents sont en général bénins, provoqués par l'engagement fortuit et le plus souvent momentané d'une anse dans le vide pelvien causé par l'ablation de tout l'arbre utéro-annexiel. Les accidents cessent avec le changement de position de la malade, avec l'administration d'un lavement donné avec la sonde rectale. Ils peuvent être évités si on a eu soin de mettre la mèche comme nous l'avons conseillé, bien étalée, bien déployée, matelassant pour ainsi dire le fond du petit bassin, formant un coussinet artificiel où viendront re-

poser les anses intestinales quand la malade sera remise en position horizontale.

Conséquences opératoires. — Nous avons eu l'occasion de revoir assez fréquemment des malades opérées depuis un temps assez long par nos prédécesseurs dans le service avec la méthode que nous venons de décrire. Le toucher nous a permis de sentir dans la plupart des cas une cicatrice souple, hautement située au haut du vagin, ne diminuant pas la longueur de ce conduit que les opérateurs avaient peu entamé ayant simplement sectionné ses insertions au col utérin. De plus, ces malades étaient débarrassées de tout souci génital, ne traînant pas, comme après les hystérectomies subtotaux faites pour des lésions pelviennes graves, une métrite rebelle du col.

PRONOSTIC

Nous pensons avoir établi que :

1° L'hystérectomie *subtotale totalisée* dans les suppurations pelviennes, donne les avantages suivants sur l'hystérectomie subtotale :

Elle permet un drainage vaginal large.

En supprimant le col, elle supprime la possibilité des lésions métritiques ou la dégénérescence néoplasique possible.

Elle supprime le drainage abdominal qui laisse une cicatrice plus visible et laisse une paroi moins solide à l'endroit du drain.

2° L'hystérectomie *subtotale divisée* ne présente pas les inconvénients que les auteurs reprochent à la totale.

Le temps de l'ablation du col est le plus souvent simple; il ne complique pas beaucoup l'hystérectomie subtotale déjà faite, il ne la complique pas plus que le drainage par hémisection postérieure du col.

Les uretères ne sont jamais lésés.

L'hémorragie n'est pas plus à craindre que dans la subtotale.

Le pronostic de l'*hystérectomie subtotale totalisée* dans les grandes suppurations pelviennes est par ce fait même, meilleur que celui de la totale en un temps plus dangereuse ou de la subtotale moins effective faite pour les mêmes cas.

A l'appui de ces dires, nous donnons les observations relevées dans le cahier de relations opératoires du pavillon de gynécologie, avec l'autorisation du D^r Rochard. De 1908 à 1916, nous n'avons noté que 26 cas où la technique de la *totalisation de l'hystérectomie* ait été mentionnée.

Bien d'autres interventions notées sous la simple mention d'hystérectomie totale avec drainage vaginal ont été faites par le *procédé de l'hystérectomie subtotale totalisée*. Nous ne les mentionnons pas par respect de la vérité intégrale. Sur ces 26 cas, il n'y a pas eu une hémorragie secondaire, pas un cas de blessure des uretères.

Depuis le mois de janvier 1916 jusqu'au mois de juin 1917, le D^r Rochard et ses élèves ont fait 45 interventions pour les suppurations pelviennes. Sur ces 45 interventions, nous comptons 12 hystérectomies subtotaux totalisées.

Personnellement je suis intervenu dans 31 occasions pour des suppurations pelviennes, et ai fait trois hystérectomies subtotaux totalisées. Dans tous les cas, j'ai examiné les pièces après leur ablation, suivant une habitude qui ne souffre pas d'exception. Bien souvent, j'ai trouvé des poches de pus plus ou moins grosses salpin-

giennes ou ovariennes, absolument intactes, comme énuclées de leur loge. Dans ces cas, nous avons pratiqué des hystérectomies subtotaux plus ou moins difficiles, et les suites opératoires ont été bonnes.

Nous n'avons donc utilisé *le procédé de la totalisation de l'hystérectomie subtotale* que dans 15 cas sur 74 interventions pour des suppurations pelviennes. Ce procédé est donc, nous le répétons, *un procédé d'exception* réservé aux cas graves, aux cas difficiles, c'est un *procédé de nécessité*. Dans quelques cas, il peut être conseillé comme procédé de sécurité.

Un peu moins élégant, un peu moins hardi, comme le dit le D^r Chevrier, que l'hystérectomie totale en un temps, il fait gagner au chirurgien en sûreté et en bénignité, ce qu'il perd en élégance et en audace.

Nous partageons cet avis et citons à l'appui ce fait : *Notre statistique qui comporte quinze cas d'hystérectomie subtotale totalisée, relevés sur le cahier d'observation du pavillon Jamain, ne compte aucun décès.* (Janvier 1916, juin 1917.)

CONCLUSIONS

1° La voie abdominale est la voie d'abord pour la cure radicale des suppurations pelviennes.

2° Le drainage vaginal est logique au cours de cette cure radicale quand il y a eu écoulement de pus dans le petit bassin.

3° L'hystérectomie abdominale totale est, pour assurer ce drainage à la partie déclive, l'opération de choix.

4° L'hystérectomie totale en un temps est quelquefois impossible et souvent peu sûre. Nous conseillons dans ces cas de faire une hystérectomie totale en deux temps par le *procédé de l'hystérectomie subtotalé totalisée*.

5° *L'hystérectomie subtotalé totalisée* est plus aisée à pratiquer que l'hystérectomie totale ; elle rend minimales, en pratique, les dangers d'hémorragie et nuls les dangers de blessure de l'uretère.

6° *Le procédé de l'hystérectomie subtotale totalisée* doit être réservé aux cas difficiles, la gravité de son pronostic ne vient que de la gravité des cas pour lesquels il est employé. Néanmoins le pronostic est bon : *sur quinze cas opérés de janvier 1916 à juin 1917, dans le service du D^r Rochard, on ne relève aucun décès.*

OBSERVATIONS

ANNEE 1908

Observation I

L.... Léonie, 41 ans, couturière. Entrée le 17 octobre.
Opérée le 23 octobre. Décédée le 27 octobre :

Hystérectomie abdominale totale pour fibrôme utérin avec salpingite double. Adhérences multiples et serrées dans toute la hauteur du douglas. Le rectum est ouvert au cours du dégagement, sur une étendue de 1 cm. 1/2. *On est obligé de faire une subtotalité* que l'on totalise secondairement après avoir suturé la déchirure rectale. Drain et mèche vaginaux. Appendicectomie. Bronzes.

BODOLEC et FROGET.

La relation opératoire porte l'obligation dans laquelle s'est trouvé le chirurgien de faire une subtotalité d'abord, et de totaliser ensuite.

ANNEE 1909

Observation II

M... Jeanne, 29 ans, doreuse. Entrée le 13 avril. Opérée le 4 mai. Sortie le 1^{er} juin :

Salpingite double. Hystérectomie subtotala par le procédé américain. *On enlève le col après la subtotala.* Suture au catgut sur la tranche vaginale postérieure. Péritonisation des ligaments larges. Drain et mèche vaginaux, paroi en trois plans.

ROCHARD et DEHÉLLY.

Observation III

D... Adèle, 34 ans, ménagère. Entrée le 29 mai. Opérée le 14 juin. Sortie le 7 juillet :

Double salpingite avec pelvi-péritonite. A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur des adhérences intestinales qui entourent l'utérus et les annexes. On dégage l'utérus et on constate que les deux côtés sont pris, le droit étant plus atteint. On fait une hémisection de l'utérus, puis on enlève le côté droit, puis le gauche. *On termine en enlevant le col.* Le fond du petit bassin est très suintant surtout au niveau où la trompe droite était en contact

avec la paroi du bassin. Drain vaginal accompagné de deux mèches que l'on comprime le plus possible sur les points suintants.

ROCHARD et DEHÉLLY.

Observation IV

J... Suzanne, 25 ans, journalière. Entrée le 14 juin 1909. Opérée le 2 juillet. Sortie le 29 juillet:

Double salpingite. Salpingite gauche suppurée. Salpingite droite scléreuse avec petit kyste de l'ovaire. Adhéhances intestinales intimes, le rectum est particulièrement difficile à détacher. Hémisection de l'utérus. Ablation assez facile des trompes. *On enlève ensuite le col de l'utérus.* Surjet péritonéal. Surjet sur la tranche vaginale. Drain et mèche par le vagin.

DEHÉLLY et PHILIPPON.

Observation V

D... Emilie, 34 ans, artiste lyrique. Entrée le 19 octobre. Opérée le 14 décembre. Sortie le 20 janvier :

Incision médiane, deux grosses masses latéro-utérines, surtout droite, quelques petits kystes. L'utérus est saisi avec une pince de Museux. Décollement de la vessie. Décollation antérieure suivant le procédé du D^r de Martel, après libération très difficile du Douglas. A gauche la masse vient assez facilement, la poche n'est pas

ouverte, malgré cela on aperçoit du pus. A droite adhérence intime à la paroi; l'annexe vient avec l'utérus, mais du pus sourd encore de la masse rétro-utérine. Celle-ci **est enlevée** en dernier lieu; il faut la disséquer au bistouri pour la séparer du rectum auquel elle adhère très intimement. *Totalisation de l'hystérectomie.* Surjet sur les tranches vaginales. Drain vaginal et mèches garnissant le pelvis qui saigne un peu à cause des adhérences rompues. Suture du colon illiaque au péritoine antérieur. Petit drain abdominal. Paroi en deux plans. Agrafes.

ROCHARD et STERN.

ANNEE 1910

Observation VI

C... Elise, 28 ans, brodeuse. Entrée le 15 décembre. Opérée le 12 janvier. Sortie le 3 février :

Dès l'ouverture du ventre on tombe sur l'épiploon adhérent à la vessie et à la paroi; on le sectionne.

Double salpingite. Procédé américain de droite à gauche : à droite peu de lésions, à gauche salpingite extrêmement adhérente au colon pelvien. *On doit laisser une partie de la poche.*

L'hystérectomie est totalisée.

Drain, mèche. Pas de péritonisation. Paroi en trois plans.

ROCHARD et LAMOUROUX.

Observation VII

V... Lucienne, 21 ans, tapissière. Entrée le 20 juin. Opérée le 13 juillet. Décédée le 15 juillet.

Double salpingite adhérente.

Hystérectomie subtotale totalisée.

ROCHARD et LAMOUROUX.

Observation VIII

D... Justine, 38 ans, ménagère. Entrée le 26 août. Opérée le 28 août. Sortie le 2 octobre :

Fibrôme et pyosalpinx bilatéral.

Epiploon adhérent à l'utérus. Utérus gros fibrômateux. Double poche purulente très adhérente dans le Douglas. Impossible de libérer le pyosalpinx de haut en bas. Hémi-section de J.-L. Faure, avec ablation première de la trompe droite, la plus volumineuse. *Totalisation de la subtotale* par le procédé de Richelot, avec hémi-section préalable. Cloisonnement abdominal avec l'anse sigmoïde. Drainage vaginal, 1 mèche, 1 drain. Drainage abdominal, 1 drain. Paroi en trois plans.

COTILLON et MOUCHET.

Observation IX

D... Lucie, 43 ans, ménagère. Entrée le 11 septembre.
Opérée le 13 septembre. Sortie le 1^{er} décembre :

Pyosalpinx bilatéral volumineux et très adhérent.
Hystérectomie par hémisection utérine, avec cautérisation de la tranche. La poche est ouverte des deux côtés et il s'écoule un pus verdâtre fétide et très abondant.
Totalisation de l'hystérectomie à la Richelot. Cloisonnement abdominal par le procédé de Quénu. Drainage abdominal. Drainage vaginal et mèche. Suture en trois plans.

MOUCHET et COTILLON.

Observation X

V... Marie, stoppeuse, 39 ans. Entrée le 19 octobre.
Opérée le 21 octobre. Sortie guérie :

Hystérectomie abdominale totale pour fibromes et tumeurs ovariennes. Hystérectomie abdominale *subtotale totalisée à la Richelot*. Drain vaginal, deux mèches vaginales. Paroi en trois plans.

ROCHARD et COTILLON.

P... Louise, cuisinière, 42 ans. Entrée le 22 décembre.
Opérée le 25 janvier. Sortie guérie :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus adhé-

rent, gros. Annexite double très adhérente à gauche, à l'anse sigmoïde. *Hystérectomie totale en deux temps*. Drain, mèche. Paroi en trois plans. Sur l'anse sigmoïde, au niveau des adhérences annexielles, on trouve un noyau induré annulaire, rétrécissant sensiblement le calibre de l'intestin. De plus, en ce point, le côlon est extrêmement adhérent au plan osseux.

PAKOWSKI et COTILLON.

Observation XI

B... Jeanne, 25 ans, employée. Entrée le 9 janvier. Opérée le 16 janvier. Sortie le 5 mars :

Très gros pyosalpinx droit. Procédé américain. La poche est ouverte (pus très fétide). *On enlève le col*. Péritonisation de vessie, à côlon pelvien.

ROCHARD et LAMOUREUX.

ANNEE 1911

Observation XII

G... Suzanne, 26 ans. Sans profession. Entrée le 12 janvier. Opérée le 26 janvier. Sortie le 17 mars.

Hystérectomie totale en deux temps. Laparotomie

médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine faite au point le plus élevé de l'incision on constate que les anses intestinales sont très adhérentes à la paroi. Très prudemment on prolonge vers le pubis l'incision en décollant avec difficulté ces anses qu'il est très difficile de respecter. La vessie est elle-même collée à la paroi; vers l'ombilic deux doigts soulèvent la paroi, l'explorent. Rien ne semble s'interposer entre la main et les plans superficiels, cependant une anse grêle à paroi flasque y est accolée. Bien qu'extrêmement prudent, l'agrandissement par là de l'incision ouvre une anse grêle, elle est ouverte sur une étendue de 2 cent. environ. L'opération se continue par le décollement de l'intestin partout adhérent à l'utérus et aux annexes. La vessie est difficilement libérée. Mèche, drain vaginaux.

ROCHARD et PAKOWSK.

Observation XIII

B... Eugénie, 22 ans, femme de chambre. Entrée le 27 février. Opérée le 23 mars. Sortie le 17 avril.

Hystérectomie abdominale totalisée en deux temps.
Rétroversion très adhérente. Pyosalpinx droit. Cloisonnement. Drainage vaginal. Paroi en 3 plans.

ROCHARD et COTILLON.

Observation XIV

P... 39 ans, sans profession. Entrée le 9 décembre. Opérée le 18 février. Sortie le 31 mars.

Salpingite suppurée bilatérale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. La paroi est infiltrée, plaie de la vessie avant l'ouverture du péritoine. Hystérectomie subtotale par hémisection. Plaie de l'anse sigmoïde au moment du décollement des annexes gauches. *Totalisation de la subtotale* suivant le procédé de Richelot. Drainage et mèches vaginaux. Suture de la plaie de la vessie. Suture de l'intestin. Paroi aux bronzes. Sonde de Pezzer à demeure.

ROCHARD et COTILLON.

ANNEE 1912**Observation XV**

C... Alice, 32 ans, vendeuse. Entrée le 20 juillet. Opérée le 23 septembre. Sortie le 20 octobre.

Hystérectomie abdominale totalisée pour volumineuse annexite double. On trouve l'utérus fortement dévié à droite repoussé par une volumineuse collection salpingienne adhérent à la paroi pelvienne et à l'Siliaque. Ponction de cette poche, pus franc à odeur de fermentation

intestinale. Hémisection utérine. Décollement des deux annexes. *Par suite de l'impossibilité de passer un drain dans le col, extirpation du col par morcellement.* Drainage vaginal. Mèche vaginale. Paroi en 1 plan aux bronzes.

MOUCHET et PIZON.

Observation XVI

J. Marie, ménagère, 43 ans. Entrée le 28 octobre. Opérée le 31 octobre. Sortie le 1^{er} décembre.

Utérus fibrômateux, gros kyste de l'ovaire gauche, avec salpingite gauche. Hémisection de gauche à droite, il s'écoule du liquide chocolat.

On totalise. Drain, mèche.

ROCHARD ET PELLOT.

Observation XVII

Eloïse, journalière, 40 ans. Entrée le 28 septembre. Opérée le 7 octobre. Décédée le 9 novembre.

Double salpingite avec utérus en rétroversion adhérente. Extirpation première de la trompe droite ; issue du liquide purulent. Puis procédé américain, la trompe gauche vient avec difficulté.

Totalisation de la subtotal.

Drain et mèche.

Suture en 1 plan. Bronzes. Agrafes.

ROCHARD ET PELLOT.

Observation XVIII

L... Louise, ménagère, 38 ans. Entrée le 15 mars. Opérée le 19 mars. Sortie le 8 avril.

Hystérectomie subtotale totalisée pour double salpingite et métrite suspecte du col.

Procédé américain de droite à gauche. Fortes adhérences à gauche.

Drainage vaginal. Appendicectomie.

PELLOT ET PIZON.

ANNEE 1913

Observation XIX

M... Jeanne, 27 ans, ménagère. Entrée le 27 mai. Opérée le 18 juin. Sortie le 2 août.

Hématocèle étro-utérine infectée et déjà colpotomisée, sans cessation des phénomènes infectieux.

Incision médiane sous-ombilicale; on trouve une première collection séro-purulente très haute, à gauche entre les anses et la paroi. On éponge et on garnit avec soin. On trouve une énorme masse située en arrière et sur les côtés de l'utérus.

Celui-ci est petit et très antérieur. On fait une décolation antérieure (description du procédé). *On enlève le col* et on draine par le vagin.

Paroi aux bronzes.

ROCHARD ET VIEL.

Observation XX

P... Julia, 26 ans, femme de chambre. Entrée le 26 juin. Sortie le 2 août.

Volumineuse salpingite bilatérale. Grosses poches, adhérentes légèrement à l'intestin.

Hystérectomie subtotale totalisée.

Drainage vaginal. Drain et mèches.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

ROCHARD ET VILLECHAISE.

Observation XXI

D... Marguerite, 27 ans, journalière. Entrée le 31 mai. Opérée le 11 juin. Décédée le 14 juillet.

Laparotomie médiane. Les anses grêles sont accolées au-devant d'une grosse masse droite. L'utérus est basculé à gauche, très petit, et on ne l'aperçoit pas tout d'abord. L'annexe gauche est saine. La tumeur droite est indépendante de l'ovaire et de la trompe. Il s'agit d'une collection incluse dans le ligament large.

Hystérectomie subtotale par le procédé américain. La poche pleine de pus se rompt pendant les manœuvres. *Le col est enlevé ensuite*, hémostase, drain et mèche par le vagin. L'anse sigmoïde est ramenée par-dessus et saturée au péritoine prévésical. Pas d'appendicectomie. Paroi en 3 plans.

ROCHARD ET BONNET.

ANNEE 1914

Observation XXII

P... Anna, 18 ans, femme de chambre. Entrée le 26 avril. Opérée le 27 mai. Sortie guérie.

Laparotomie médiane. Le péritoine et les anses intestinales sont parsemés de très grosses granulations. Le cul-de-sac antérieur est entièrement rempli par une grosse masse qu'on prend d'abord pour le fond de l'utérus, et au niveau de laquelle un abcès se rompt en essayant de mettre la valve. Cette masse est attirée par morceaux, et on voit alors de fond de l'utérus. Toute cette masse est constituée par l'annexe droite. *Hystérectomie subtotale totalisée*. Un drain et une mèche vaginale. Paroi en 3 plans.

ROCHARD ET BONNET.

Observation XXIII

L... Blanche, 20 ans, vendeuse. Entrée le 23 mai. Opérée le 30 juin. Décédée le 1^{er} juillet.

Hystérectomie totalisée pour salpingite double. Adhérénces multiples. Après laparotomie, véritable gâteau occupant tout le petit bassin, libération d'adhérences épiploïques, puis intestinales (surjet sur le grêle, dont les adhérences saignent). On saisit le fond du corps utérin très friable. Impossibilité de décoller les annexes, dont les gauches sont rompues (pus verdâtre). Impossibilité de décoller l'utérus des adhérences postérieures. Hémi-section, ablation de chacune des moitiés de l'utérus *près du col utérin*. Pincement des utérines, ablation difficile des annexes gauches, puis droites très malades. Ligature des utérines. Surjet vaginal. Drain, mèche vaginaux. Ligature des pédicules utéro-ovariens. Paroi à un plan, fil de bronze.

ROCHARD ET CASSARD.

ANNEE 1915

Observation XXIV

M... Céline, 42 ans, ménagère. Entrée le 24 mars. Opérée le 21 avril. Sortie le 27 mai.

Hystérectomie abdominale totalisée pour fibrôme et

double salpingite. La poche gauche, très grosse, est pleine de pus. Un drain et deux mèches vaginales.

ROCHARD ET CHAMORRO.

Observation XXV

P... Marie, 34 ans, diamantaire. Entrée le 13 avril. Opérée le 3 mai. Sortie le 3 juin.

Hystérectomie totalisée par voie abdominale pour grosse salpingite droite, dont la poche crève au moment de l'extraction. Annexes gauches moins malades. Appendice assez malade; on l'enlève. Un drain et une mèche vaginale. Paroi en 3 plans. Agrafes.

ROCHARD ET CHAMORRO.

Observation XXVI

P... Rosa, 45 ans, ménagère. Entrée le 29 juin. Opérée le 9 juillet. Sortie guérie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Intestin adhérent à la vessie. Grosse poche purulente en avant de l'utérus et dans le cul-de-sac de Douglas, à gauche. Hystérectomie pénible *totalisée*, car utérus très peu mobile. Drainage vaginal. Mèches vaginales. Paroi à 3 plans au catgut. Agrafes.

ROCHARD et CHAMORRO.

ANNEE 1916

Observation XXVII

L... Elisabeth, 21 ans, domestique. Entrée le 15 novembre 1915. Opérée le 4 janvier 1916. Sortie le 28 janvier 1916.

Salpingite double très adhérente. Adhérences à la vessie et à l'intestin. On dénude l'intestin pendant les manœuvres de décollement. *Hystérectomie subtotale totalisée*. Mèche, drain par le vagin. Paroi en deux plans. Agrafes.

ROCHARD.

Observation XXVIII

F... Gabrielle, 46 ans, blanchisseuse. Entrée le 11 avril. Opérée le 13 mai 1916. Sortie guérie.

Hystérectomie totalisée pour salpingite double, drainage et mèche par le vagin. Bronzes.

ROCHARD.

Observation XXIX

C... Albertine, mécanicienne, âgée de 37 ans. Entrée le 14 mars. Opérée le 16 mai 1916. Sortie guérie

Hystérectomie subtotale totalisée pour salpingite

double adhérente. Drainage et mèche par le vagin; trois plans; crins.

ROCHARD.

Observation XXX

C... Marguerite, ménagère. Entrée le 4 avril. Opérée le 1^{er} juin. Sortie le 3 août 1916.

Hystérectomie subtotale totalisée pour grosse salpingite double suppurée. Mèche, drain par le vagin; deux plans; agrafes. Hémorragie secondaire dans l'après-midi. Tanponnement vaginal fait par M. Brun, interne du D^r Baudet. L'hémorragie s'arrête.

ROCHARD.

Observation XXXI

F... Maria, 22 ans, journalière. Entrée le 10 juillet. Opérée le 10 août 1916. Sortie guérie.

Hystérectomie subtotale totalisée par hémisection du corps, puis du col pour salpingite suppurée double; drain et mèche vaginaux; trois plans.

ROCHARD ET DEDET.

Observation XXXII

T... Clémence, 26 ans, domestique. Entrée le 10 juin. Opérée le 19 août. Sortie le 9 septembre.

Hystérectomie subtotale totalisée pour salpingite sup-

purée gauche volumineuse et gros utérus contenant un fœtus mort, de 4 mois environ; drain et mèche vaginaux.

DEDET.

Observation XXXIII

R... Henriette, journalière, 23 ans. Entrée le 22 août. Opérée le 12 septembre 1916, sortie double.

Hystérectomie subtotale totalisée pour salpingite suppurée. Drain et mèche vaginaux.

DEDET.

Observation XXXIV

B... Marie, journalière, 23 ans. Entrée le 27 juillet. Opérée le 19 septembre 1916.

Hystérectomie subtotale totalisée pour salpingite suppurée double; adhérences très étendues. Drain et mèche vaginaux.

DEDET.

Observation XXXV

E... Rachel, 36 ans, ménagère. Entrée le 22 juillet 1916.

A son entrée, la malade a tous les signes d'une pelvi-péritonite aiguë. Température à 40°. Faciès péritonéal, vomissements, mais le pouls quoique assez rapide, reste bien frappé. On ordonne le repos, la morphine, la glace sur le ventre par deux vessies constamment emplies de glace

nouvelle. Les phénomènes s'amendent, la température baisse, la masse pelvienne est difficile à définir, car la malade est obèse. On a cependant la sensation qu'elle remplit tout le bassin, du rectum à la paroi abdominale antérieure, d'une paroi du pelvis à l'autre. Elle est absolument fixée immobilisée, douloureuse sur tous ses points. Elle est de consistance solide. L'évolution se fait vers la régression, mais avec des poussées successives. A trois ou quatre reprises, alors que le matin la malade était en bon état, on la trouve à la contre-visite frissonnante, la température monte à 40°, le pouls s'accélère, les vomissements apparaissent. Le ventre devient à nouveau douloureux, la masse, au toucher, semble avoir augmenté de volume sur les jours précédents. Ces phénomènes ne sont pas assez graves pour commander l'intervention; ils s'amendent en deux ou trois jours. La répétition de ces poussées inflammatoires affaiblissent la malade; la fièvre se maintient aux environs de 38,5, et devant la persistance des phénomènes inflammatoires on se décide à intervenir. La malade est opérée le 26 septembre 1916. Laparotomie sous-ombilicale. Adhérences épiploïques multiples. Amas confus de lésions salpingo-ovariennes. L'intestin, le gros et le grêle, adhèrent partout à la masse pelvienne. Les adhérences sont intimes à gauche et en haut. Il s'écoule pendant l'intervention 1 litre de pus dans le petit bassin. La totalisation est assez difficile. Les suites opératoires sont bénignes, et la malade sort guérie 5 semaines après son intervention.

ROCHARD ET DEDET.

Observation XXXVI

A... Berthe, 44 ans. ménagère. Entrée le 26 septembre 1916.

Dès son entrée, la malade à des symptômes locaux graves et un état général alarmant. La fièvre se maintient à 40°, malgré la glace. Les douleurs persistent malgré la médication calmante. Le pouls est rapide. La malade a des pertes rouges très abondantes qui l'affaiblissent. On intervient d'urgence, le 9 octobre au matin, la malade ayant un mauvais état général. Le toucher faisait sentir une masse pelvienne indistincte, volumineuse, avec une partie centrale de consistance dure. La malade est opérée le 9 octobre. *Hystérectomie subtotale totalisée* pour fibrôme et salpingite suppurée double. La poche droite est rompue au cours des manœuvres. Drain et mèche vaginaux. Paroi en trois plans.

ROCHARD ET DEDET.

Observation XXXVII

B... Marie, 43 ans, ménagère. Entrée le 18 novembre 1916. Opérée le 22 novembre. Sortie le 17 décembre 1917.

Hystérectomie subtotale totalisée pour fibrômes multiples et salpingite gauche suppurée très adhérente. Col

suspect. Poche kystique à droite, avec de nombreuses adhérences. Drain et mèche par le vagin. Bronzes. Agrafes.

CHAMORRO.

ANNEE 1917

Observation XXXVIII

R... Marie, domestique, 32 ans. Entrée le 2 mars 1917. Opérée le 15 mai. Excellent état le 29 mai 1917.

La malade souffre depuis longtemps du bas-ventre; elle a des antécédents de vaginite gonococique et de métrite. Depuis des années elle perd en blanc. Ses règles sont normales. Elle entre à l'hôpital parce que ses douleurs dans le ventre se sont accentuées au point de l'obliger à garder le lit. Sa température atteint 39°, le pouls reste bon; il y a peu de phénomènes généraux. L'état local est, au contraire, assez grave. Le toucher permet de sentir une masse volumineuse accaparant tout le petit bassin; cette masse est de consistance assez dure, douloureuse. De jour en jour, sous le doigt, la masse diminue, la fièvre baisse progressivement, et après deux mois et demi de repos, les deux masses annexielles sont assez nettement isolées au toucher; le D^r Rochard pense le moment favorable pour une intervention radicale. La malade est opérée le 15 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Rideau d'épi-

ploon masquant l'utérus et adhérent à la vessie. Décollement au doigt. Ligature épiploïque. On voit deux poches volumineuses adhérentes des deux côtés. On décolle la poche droite adhérente à l'intestin, elle est rompue au cours des manœuvres. On sectionne l'utérus et on décolle la poche gauche très adhérente à la paroi et à l'intestin grêle; cette poche est aussi rompue au cours de l'intervention. Du pus s'écoule en quantité dans le petit bassin. *On totalise par hémisection du col.* Hémorragie en nappes. Hémostase; deux mèches, un drain par le vagin. Paroi en trois plans. Agrafes. Suites opératoires : On enlève les mèches le cinquième jour, et il n'y a aucun incident. La feuille de température de cette malade est typique : de 39°5 à 37°8, la température descend avec quelques crochets pendant les trois mois que la malade passe à l'hôpital. Le lendemain de l'intervention, la malade fait 38°4, et la fièvre descend progressivement. Le septième jour, elle est à 37°4 rectale.

ROCHARD.

Observation XXXIX

R... Marie, 34 ans, artiste lyrique. Entrée le 1^{er} mai 1917. Opérée le 3 mai. Cicatrisée et levée le 28 mai 1917.

Réglée à 16 ans, règles douloureuses et peu abondantes, pertes blanches très abondantes, a eu une grossesse à terme et une fausse-couche. N'a jamais eu de métrorragie. Depuis 6 mois environ la malade se plaignait de douleurs sourdes, de pesanteurs, de sensation de lassitude. Depuis cette époque, elle avait de l'anorexie et était

sujette à des nausées. Bien réglée jusqu'au mois de février 1917, la malade n'a plus eu ses règles que le 7 avril; on lui conseille l'intervention à ce moment. La malade refuse; les douleurs et les pertes continuent avec la même intensité, lorsque soudain, le 22 avril, la malade est prise brusquement de violentes crises douloureuses dans le bas-ventre. On prescrit des compresses chaudes laudanisées sur le ventre, mais les douleurs persistent; la malade est conduite à l'hôpital le 1^{er} mai. A son entrée, elle a une température atteignant le soir 38°. Elle présente des phénomènes douloureux tels, qu'on se décide à intervenir, le 3 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Grosse masse droite très adhérente à la paroi, impossible à décoller. Il faut dédoubler la poche, qui se rompt au cours des manœuvres, inondant le petit bassin de pus. La poche est extériorisée, mais le pédicule se déchire, s'arrache avec elle. L'utérus est normal. Les annexes gauches présentent une réaction inflammatoire. On fait une hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite, *puis on totalise*. L'hémostase est très difficile à droite, où le pédicule cède sous chaque pince. Lavage du petit bassin à l'éther; deux mèches et un drain par le vagin. Bronzes et crins.

Suites opératoires. — Le premier jour, l'état général et local sont bons, le deuxième jour de même. Le troisième jour, la malade a des phénomènes de péritonite : ballonnement du ventre, vomissements, faciès grippé, pouls petit et filant. Le drain est tombé. On retire la moitié de la mèche, il s'écoule alors un peu de liquide tenu en

réten-tion. Le lendemain, amé-liora-tion notable. Le cin-quième jour, la mèche est enlevée entièrement. Le dixième jour, la malade est hors de danger.

Cette observation est intéressante par ses suites opé-ra-toires immédiates : la décompression par retrait de la mèche au troisième jour, mèche qui occasionnait une légère rétention de liquide septique, a fait cesser les acci-dents qui paraissaient assez graves.

ROCHARD.

Observation XXXX

C... Marguerite, âgée de 26 ans, sans profession. Entrée le 19 mai 1917. Opérée le 22 mai.

Réglée à 13 ans, règles peu abondantes mais régu-lières. Une seule grossesse : accouchement à terme d'une fille maintenant âgée de six ans et demi. Pertes blanches très abondantes depuis 4 ans environ. La malade n'a jamais eu de crise douloureuse. Dans les derniers jours d'avril, cependant, elle est prise brusquement d'une dou-leur très vive dans la fosse iliaque gauche. La douleur aiguë, avec exacerbations violentes a duré jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 19 mai. Durant cette période, la ma-lade a eu de fréquents vomissements et des poussées fébriles. A son entrée, au toucher on sent une grosse masse d'un volume d'une mandarine, dans le cul-de-sac gauche. Cette masse mobile, raide, peu douloureuse, ré-nittente, fit faire le diagnostic de kyste de l'ovaire gau-che intraligamentaire. On ne lave pas le vagin avant l'in-tervention, ne pensant pas avoir à faire de drainage

vaginal. On lave le vagin à l'éther pendant l'intervention. Opérée le 22 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Adhérences épiploïques à l'utérus, masquant les annexes gauches. Le grêle adhère aussi à la masse annexielle. L'utérus est absolument masqué par les annexes, on le sent derrière les annexes droites, et on l'amène en se guidant sur le ligament rond gauche, en pinçant celui-ci et en l'attirant. Décollation de la vessie et subtotale de gauche à droite. Il n'est pas possible de péritanoir. Drain et deux mèches par le vagin. Paroi aux crins doubles.

Suites opératoires excellentes, la température ne dépasse pas 38°.

CHAMORRO.

Observation XXXXI

P... Marie, 21 ans, domestique. Entrée le 8 mai 1917. Opérée le 24 mai.

La malade a toujours été bien réglée, et ne souffrait pas du ventre. Depuis son mariage, qui date de trois ans, elle a une leucorrhée abondante. Pas de grossesse, pas de fausse couche. Le 25 avril, au cours de ses règles, la malade est prise de violentes douleurs. Ses règles sont abondantes et durent 6 jours anormalement. La malade continue son travail, en souffrant beaucoup, obligée de prendre des heures de repos dans le cours de la journée. Pertes blanches très abondantes. Douleurs dans le bas-ventre, les reins, irradiées à la cuisse droite. La malade entre le 8 mai. L'état général est satisfaisant. La température est de 38°8. Le premier jour, le toucher est douloureux et fait sentir des lésions diffuses, un empâtement

et manque de souplesse des deux culs-de-sac. Vers le dixième jour, la fièvre a atteint progressivement 37°3, la malade se sent bien, ne souffre plus, demande à partir. Le toucher permet de sentir une très grosse masse gauche bien individualisée, mais semblant très adhérente à la paroi pelvienne. On conseille l'intervention à la malade. On intervient le 24 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Pas d'adhérence épiploïque. Les annexes droites forment une masse assez volumineuse, de la grosseur d'une mandarine non adhérente. A gauche, grosse masse très volumineuse, très adhérente. L'utérus est libre. Hystérectomie subtotale par procédé américain droite à gauche. Le décollement de la poche gauche au doigt est très difficile; rupture de la poche, le pus inonde le petit bassin. On totalise par ablation du col par procédé de l'hémisection. Hémostase. La péritonisation est impossible. Deux mèches et un drain par le vagin. Paroi en un seul plan aux crins doubles.

Suites opératoires excellentes. La température ne dépasse pas 38°. Le drain et la mèche sont enlevés le cinquième jour.

CHAMORRO.

Observation XXXXII

J... Lucie, 21 ans, sans profession. Entrée le 12 mai 1917. Anesthésiste: Mlle Mille.

Réglée à 12 ans. Règles normales, peu abondantes. Une seule grossesse : accouchement à terme. Jamais de fausse-couche. Depuis son accouchement, qui remonte à un an, pertes abondantes, jaune-verdâtre. Jamais de métror-

ragie. Les règles n'ont jamais été douloureuses. Il y a 3 mois, première crise douloureuse. Début brusque, douleurs très vives, térébrantes. Durée de la crise : trois jours. Puis la douleur diminue et disparaît presque, jusqu'à la seconde crise, pareille à la première, et qui survint quinze jours environ après celle-ci. Enfin, trois semaines environ avant son opération, c'est-à-dire vers le 8 mai, les douleurs ont repris très fortes et continuelles, obligeant la malade à se coucher. A son entrée à l'hôpital, le 12 mai 1917, la malade ne présente pas de fièvre. On lui met cependant de la glace, qu'on lui enlève le lendemain. On lui fait simplement deux injections vaginales par jour. Repos au lit. Toucher vaginal difficile. Malade grasse, vagin très profond. On sent cependant une grosse masse salpingienne à droite; on ne sent pas les annexes gauches. L'utérus est peu mobile. Opération le 29 mai 1917. On lave le vagin. A l'ouverture du péritoine, on trouve un rideau épiploïque qui cache les organes du petit bassin, mais ne leur adhère pas. On le récline et on aperçoit une grosse masse salpingienne droite. Comme la malade pousse un peu, on a des difficultés pour placer les champs-barrière. Au cours de ces manœuvres la poche se rompt et du pus épais s'écoule (3 cuillerées à soupe environ). On éponge soigneusement et on garnit bien. Exploration : utérus libre en avant. En arrière se trouvent les annexes gauches repliées et adhérentes au fond de l'utérus : grosse trompe moniliforme, petit ovaire. Hystérectomie subtotale, procédé américain gauche à droite. La poche droite crevée vient en entier. Totalisation facile. A gauche, deux petites artères vaginales sai-

gnent (incision vaginale un peu éloignée de l'insertion du col). Hémostase des pédicules, surjet hémostatique de la tranche vaginale postérieure. Péritonisation allant du pédicule utéro-ovarien droit au gauche, en passant par la tranche vaginale antérieure. Ether dans le ventre, deux mèches et un drain vaginaux. Paroi en un plan aux crins doubles.

DE CARVALHO.

CONCLUSIONS

1° La voie abdominale est la voie d'abord pour la cure radicale des suppurations pelviennes.

2° Le drainage vaginal est logique au cours de cette cure radicale quand il y a eu écoulement de pus dans le petit bassin.

3° L'hystérectomie abdominale totale est, pour assurer ce drainage à la partie déclive, l'opération de choix.

4° L'hystérectomie totale en un temps est quelquefois impossible et souvent peu sûre. Nous conseillons dans ces cas de faire une hystérectomie totale en deux temps par le *procédé de l'hystérectomie subtotalé totalisée*.

5° *L'hystérectomie subtotalé totalisée* est plus aisée à pratiquer que l'hystérectomie totale ; elle rend minimes, en pratique, les dangers d'hémorragie et nuls les dangers de blessure de l'uretère.

6° *Le procédé de l'hystérectomie subtotale totalisée* doit être réservé aux cas difficiles, la gravité de son pronostic ne vient que de la gravité des cas pour lesquels il est employé. Néanmoins le pronostic est bon : *sur quinze cas opérés de janvier 1916 à juin 1917, dans le service du D^r Rochard, on ne relève aucun décès.*

Vu : le Président,
F. LEJARS

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur,
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BALDY. — Hysterectomy for suppurative disease of the pelvic organs. — *Am. Gyn. a. Obst.*, Y. N. Y., 1895.

BÉGOUIN. — Hystérectomie abdominale totale pour suppurations annexes. — *Revue Mens. de Gynécologie*, Bordeaux, 1913 (80-83).

BOUILLY. — Traitement des suppurations pelviennes. — *Presse Méd. Paris*, 1896 (441-446).

CAMESCASSE. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. — Thèse Paris, 1893.

CHEVRIER. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (février 1910). — *Bull. et Mém. Soc. Chi.*

CHAPUT. — Perforation du rectum au cours de l'hystérectomie abdominale. — Discussion : Faure, Delbet, Pozzi, Peyrot, Perrier, Richard, Hartmann, Quénu, 1903.

COE (H.-C.). — Abdominal Hysterectomy for pelvic supuration. N. Y. Y. Gynec. a. Obst. 1894 (P. 583).

CUSHING (R.-W.). — The indication for vaginal hysterectomy and for abdominal section, respectively in salpingitis pelvic suppuration. *Inter. S. Surg. N. V.*, 1896 (121-124).

DESCOMPS ET DESMARET. — Société anatomique, 11 décembre 1909.

DELAUGE. — Hystérectomie abdominale totale et subtotale dans les inflammations de l'utérus et des annexes. — Thèse, Paris, 1901.

DELAGENIÈRE. — De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions supp. des annexes. — Congrès de chirurgie, 1893 (617-622). — Indications et technique de la castration abdominale totale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes. — *Arch. Pro. de chirurgie. Paris*, 1895 (143-190), *Arch. Prov. de chirurgie, Paris*, 1895 (P. 639). *Congrès de Genève*, 1896.

DUPLAZ et CARDO. — Mémoire sur le traitement chirurgical des suppurations pelviennes aiguës. — *Sem. Gyn., Paris*, 1897.

DURAND. — Pelvi-péritonite d'origine annexielle. — Hystérectomie abdominale totale. — *Lyon Médical*, 1903 (86-88).

DURET. — Salpingites et suppurations pelviennes. — *J. des Soc. Méd. de Lille* (1895). *Ibidem*, 1896.

EDGAR. — Total hysterio-oopharo salpingectomy. — *Glasgow M. J.*, 1898.

FAURE. — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. — *Presse méd.*, 1897.

— L'hystérectomie abdominale totale par section méd.
— *Rec. Illus. de polytechn. méd. chir.*, 1899.

— Sur la tech. de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. — *J. des Praticiens*, Paris, 1900.

FAURE ET SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, Paris.

GOSSET. — Journal de chirurgie (juillet 1909).

HARTMANN. — Traitement des suppurations pelviennes.
— *Ann. de Gynécologie et d'obst.*, 1896.

— Traitement opératoire des salpingites. — *Ann. de Gynécologie et d'obst.*, 1900.

JONNESCO. — Castrat. abd. tot. pour les sept. utéro-annexielles. — *Sem. Gyn.*, Paris 1897.

— Gynécologie, Paris, 1897. — *Congrès de Chirurgie*, 1897.

— Congrès de Marseille 1898. — *Congrès de Chirurgie*, 1899.

— Ann. de gyn. et d'obst. 1900. — *Congrès de Chirurgie*, 1900 et 1901. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Bucarest, 1902.

LECÈNE. — La colpo-hystérectomie abdominale. — *Revue de chirurgie*, 1911.

LEGUEU. — Congrès franc. de chirurgie 1898. — *Traité de gynécologie* (Kaladie-Lagrave et Legueu).

— Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations des annexes. — *Leç. de clin. chir.*, Paris, 1902.

LEJARS. — *Sem. Gyn.*, Paris, 1896.

MASSON. — Thèse de Paris, 1898. Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes.

MATHIEU. — Thèse de Nancy, 1899. Le traitement des annexites suppurées.

MONPROFIT. — Les opérations annexielles radicales par la voie abdominale. — *Arch. Prov. de Chirurgie*, Paris, 1901.

MOURLHON. — Thèse de Paris, 1904.

PATRU. — L'hystérectomie abdominale totale pour salpingo-ovarites bilatérales. — *Gaz. Méd. Picardie*, Amiens, 1897.

PERAIRE. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingo-ovarites. — *Bull. et Mém.*, Soc. Anatomique, Paris.

RECLUS. — Suppurations pelviennes. — *Cliniques chir. de la Pitié*, 1894.

RICHELOT. — Rev. de chir., Paris, 1897. — *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1897. Rev. de chir., 1898. Chirurgie de l'utérus.

SCHWARTZ. — Hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes. — *Congrès de Lyon*, 1894.

SEGOND. — Des suppurations pelviennes. — *Rapp. Cong. périod. intern. de gynécologie et d'obst., C.*, 1892.

TÉMOIN et BESSON. — Hystérectomie abdominale totale et subtotale. — *Ann. Méd. Chir. du Centre*, Tours, 1904.

TERRIER. — De l'hystérectomie abdominale totale et partielle. — *Rev. de Chir.*, 1897.

— Revue de Chirurgie. — *Congrès de Chirurgie*, 1899.

— Observation d'hystérectomie abdominale totale. — *Bull. et Mém., Soc. de chirurgie*, 1901.

TERRIET et DELAGE. — L'hystérectomie abdominale supravaginale dans le traitement des lésions annexielles. — *Rev. de Chir.*, décembre 1901.

VILLAR. — Traitement des annexités. De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des annexités suppurées. — *J. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1902.

